

受験番号	※
------	---

※印は記入不要

推薦書

(卒業生推薦制度用)

平成 年 月 日

- 東海医療科学専門学校
- 東海医療工学専門学校
- 東海歯科医療専門学校
- 東海医療福祉専門学校

学校長殿

推薦者氏名 _____ (印) (旧姓: _____)

推薦者卒業年 西暦 _____ 年3月

推薦者卒業学科 _____

推薦者住所 〒 _____

推薦者電話番号 (_____) _____

下記の者は、貴校への進学に適すると認め推薦します。

記

希望学科			
ふりがな		性別	男 ・ 女
氏名		生年 月 日	西暦 19 年 月 日生
推薦理由			

※ 試験結果等を推薦者へお知らせすることがありますので、あらかじめご了承下さい。

※ 同窓生子弟奨学金との併用はできません。