

※推薦入試

下記□に✓を入れてください。

指定校推薦 高校推薦 業界推薦

※印欄には記入しないこと。

※受験番号

推 薦 書

西暦 年 月 日

札幌看護医療専門学校 学校長 殿

学校・施設名

学校長・施設長名 (印)

所在地

連絡先 - -

下記の者を貴校の入学者として適当と認め、推薦いたします。

記

西暦 年 月 日 (卒業見込・勤務中・退職)

勤務年数 年 ヵ月 (職種 :)

※業界推薦の方のみ

志願学科 看護学科 視能訓練士学科 歯科衛生士学科 臨床工学技士学科

志願者氏名

西暦 年 月 日生

所 見 (本人について特記事項をお知らせください。)

.....
.....
.....
.....

進路指導主事氏名

※指定校推薦・高校推薦の方のみ

学 級 担 任
または記載責任者