推　薦　書

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

小松市医師会附属小松准看護学院長 様

令和　　　年　　　月　　　日

施 設 名

施設長名 印

下記の者を推薦入学の適格者として推薦します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | 生年月日 | 年　　　月　　　日生 |
| 氏　　名 |  | |
| 推薦理由： | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | 記入責任者 | ㊞ | |

注意　※欄には記入しないでください。