

推薦書

西暦 年 月 日

学校法人 原田学園
鹿児島医療技術専門学校長 殿

学校名

学校長

印

下記の者は、貴校の推薦入学基準に達していると認め推薦いたします。

ふりがな	生年月日	
氏名	西暦	年 月 日生
志望学科 (志望学科に✓をつける)	<input type="checkbox"/> 看護学科	<input type="checkbox"/> 介護福祉学科
	<input type="checkbox"/> 診療放射線技術学科	<input type="checkbox"/> 作業療法学科
	<input type="checkbox"/> 理学療法学科	<input type="checkbox"/> 言語聴覚療法学科
推薦理由 〔人物、学業、部活動実績等〕		

記載者氏名