

受験番号	※
------	---

※印は記入不要

# 推薦書

(卒業生推薦制度用)

令和 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  
学校長殿

推薦者氏名 \_\_\_\_\_ (旧姓: \_\_\_\_\_)

推薦者卒業年 \_\_\_\_\_ 西暦 \_\_\_\_\_ 年 \_\_\_\_\_ 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

志望学科			
ふりがな	性別	男 ・ 女	
氏名	生年 月 日	西暦	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。

※ 同窓生子弟奨学金等との併用はできません。