

受験番号	※
------	---

推 薦 書

西暦 年 月 日

大宮呉竹医療専門学校
学校長 殿

所在地 _____

学校名 _____

学校長 _____ 印

下記の者は、 年本校卒業見込で心身共に健康かつ出席状況は良好であり
貴校への進学に適するものと認め推薦します。

志願者氏名	フリガナ		生年月日	西暦	年	月	日生 (歳)	男・女
	氏 名							
志 望 学 科	鍼灸マッサージ科・鍼灸科・柔道整復科 <small>(該当を○で囲んでください)</small>						評定平均値記入欄	
学 業	席 次： _____ 人 中 _____ 位 (基準日 年 月)							
	欠席日数とその理由							
	1年次： _____ 日 (主な理由) _____							
	2年次： _____ 日 (主な理由) _____							
3年次： _____ 日 (主な理由) _____								
クラブ活動：								
得意科目：								
推 薦 理 由	_____ _____ _____ _____							
本校入学後 本人に対して 指導上のご希望等								
担任教諭または進路指導担当者名								