

受験番号	※
------	---

推 薦 書

大宮呉竹医療専門学校
学 校 長 殿

西暦 年 月 日

所在地

学校名

学校長



下記の者は、 年本校卒業見込でかつ指定校推薦制度の要件を全て満たすことから、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Ⅰ部・柔道整復科Ⅱ部 (該当を○で囲んでください)				評価平均値記入欄
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：				
課 外 活 動	主な活動：				
	活躍・入賞実績など				
					
					
	特に熱心に活動した事を示す特記事項など				
					
					
担任教諭または進路指導担当者名					