

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 (該当を○で囲んでください)							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								