

高校生推薦入試用

受験番号	※
------	---

年 月 日

# 推 薦 書

福岡医療専門学校長 殿

校名 立 学校

校長名 印

下記の者は貴校への進学を希望しており、貴校の推薦基準に適合するものと認め推薦いたします。

## 記

フリガナ			性 別
氏 名			男・女
生年月日	年 月 日生	年 卒業見込み	
特記事項			

※欄は記入しないでください。