

受験番号

年 月 日

# 推 薦 書

IGL医療福祉専門学校長 殿

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

前記の者は次の理由により、貴校が求める学生として適任と  
思いますので、推薦いたします。

入試種別 ☑をつけてください。	<input type="checkbox"/> 指定校推薦入試
	<input type="checkbox"/> 学校長推薦入試
推薦理由	人物・態度・将来の希望等、特に本校への志望を適当に認める所見、在学中の課外活動に関する事などをご記入ください。
-----	
-----	
-----	
-----	
-----	

所在地 〒 \_\_\_\_\_

学校名 \_\_\_\_\_

学校長名 \_\_\_\_\_ (印)