

推薦入学試験

※
受験番号

推薦書

平成 年 月 日

藤田保健衛生大学看護専門学校長 様

高等学校名 _____

校長名 _____ 印

下記の生徒は、藤田保健衛生大学看護専門学校
医療専門課程看護科推薦入学志望者として適当で
あると認め、推薦いたします。

生徒氏名 _____

平成 年 月 日生

推薦理由

※印欄は記入しないでください。