様式３

2024年度 東京保健医療専門職大学

学校推薦型選抜［指定校制］

東京保健医療専門職大学 学長殿

推 薦 書

西暦 年 月 日

学校名

学校長 公印

下記の生徒は、貴大学の入学適格者と認め、責任をもって推薦いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | 志望学部 | 　　リハビリテーション学部　　 | 志望学科 | 理学療法学科　　　 |
| 生年月日 | 年 月 日 | 卒業年月日 | 年 月 日 卒業見込 | 性別 | 男・女 |

推薦理由

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 記載者と志願者との関係 | 記載者の職位 | 記載者の氏名㊞ |

（注）このデータに記載されている文字や数字は消去しないでください。（東京保健医療専門職大学、推薦理由や記載者の氏名など）

（注）記入・捺印の上、厳封して志願者へお渡しください。

（注）日付、生年月日、卒業年月日は西暦でご記入ください。