

2024年度 東京保健医療専門職大学

学校推薦型選抜 [公募制]

推薦書

記入日 年 月 日 (西暦)

東京保健医療専門職大学 学長殿

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	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

印

(注) 記入・捺印の上、厳封して志願者へお渡しく下さい。

(注) 日付、生年月日、卒業年月日は西暦でご記入ください。

(注) 本学ホームページより様式4 (PDF・Word) をダウンロードし、作成していただいても結構です。