

推　　薦　　書

令和　　年　　月　　日

千葉県立保健医療大学長　様

学校名

学校長名　　　　　　　　　　　　印

下記のものは貴学学校推薦型選抜の適格者と認め、推薦いたします。

記

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 志願者氏名 |  |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生 |
| 志願学科・専攻 | 学科専攻 |
| 令和　　　　年　　　　月　　　　　　　　　　　　卒業見込 |

|  |
| --- |
| １.推薦理由 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

|  |
| --- |
| ２.学業 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ３.人物 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ４.課外活動 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| ５.健康状況・その他 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |