

様式 2 号

受験番号 ( )

# 推 薦 書

生徒氏名 \_\_\_\_\_

生年月日                      年              月              日

(西暦)

上記の者は、貴校の推薦入学の資格及び推薦要件を満たす人物と認めここに責任をもって推薦いたします。

平成              年              月              日

独立行政法人地域医療機能推進機構

東京山手メディカルセンター附属看護専門学校長 殿

所在地

学校名

学校長名

印

## 1. 学 業

学 年	第 1 学年	第 2 学年	第 3 学年
順 位	位 / 人中	位 / 人中	位 / 人中
所 見			

2. 推薦理由

3. 健康状態

4. 課外活動