

# 推 薦 書

令和 年 月 日

中津ファビオラ看護学校長 様

推薦の別 ( 指定校 ・ 学校 ・ 施設長 ・ 同窓生 ・ 自己 ) ※該当する箇所を○で囲む

ふりがな		昭和 平成	年 月 日生
受験者氏名		性 別	( 男 ・ 女 )
受験者現住所	〒  電話 ( )		

**推薦者** ※指定校推薦枠であり、成績が毎学年とも上位 20%以上に該当する場合、をつける。

( 施設 ) 指定校・学校 推薦	学校所在地 (施設所在地)	〒  電話 ( )		
	学 校 名 (施設名)			
	学 校 長 名 (施設長名)			
	<input type="checkbox"/> 指定校推薦枠であり、成績が毎学年とも上位 20%以上である			責任者氏名 印
同窓生 推薦	同窓 (在学) 生 住所	〒  電話 ( )		
	同窓 (在学) 生 氏名 (旧姓)	( )	受験生との 続柄	
	学科名・回生	准看護学科 ・ 看護学科 ( ) 回生		
	卒業 (見込) 年月	昭和・平成・令和 年 月		

**推薦文**

記載者氏名 ( )
-----------