

| | |
|------|---|
| 受験番号 | ※ |
|------|---|

推 薦 書

令和 年 月 日

岐阜県立衛生専門学校長 様

所在地
学校名
学校長名

印

次の者は、岐阜県立衛生専門学校 **第二看護学科** で学ぶにふさわしい熱意と適性を有していますので、責任をもって推薦します。

記

| | | |
|------------------|------|--|
| 被推薦者 | 氏 名 | |
| | 生年月日 | |
| 推 薦 理 由 | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |

(注) ※印欄は記入しないでください。