

学校長 推薦書

西暦 年 月 日 [記入日]

金沢医療事務専門学校

学校長 殿

学校名

校長名

⑩

下記の生徒は、貴学への入学を強く希望し、学業成績、人物ともに貴学の推薦入学者として適切と認めますので、ここに推薦致します。

記

| | | | |
|-------|------------|---------------------------------------|---------------------------------------|
| 志望校 | 金沢医療事務専門学校 | | |
| 志望コース | 医療事務総合学科 | <input type="checkbox"/> 医療事務・医療秘書コース | <input type="checkbox"/> 医療品 登録販売者コース |
| フリガナ | | | |
| 氏名 | | | |
| 生年月日 | 年 | 月 | 日 生 |
| 記載者名 | ⑩ | | |

※推薦入学を希望する場合は、この推薦書が必要です。
※ご記入頂いた個人情報は学生管理の目的以外では使用致しません。
※記載者名の欄は担任の先生、又はクラブ顧問の先生の署名・捺印をお願いいたします。
※漢字氏名は、戸籍等に基づいて正確に記入してください。
※黒のボールペン又はペンで記入してください。消せるボールペンは使用しないでください。