【高等学校長推薦】

＊受験番号＿＿＿＿＿＿

年　　月　　日

天草准看護高等専修学校長　　様

所在地　〒

学校名

学校長氏名

㊞

推　薦　書

下記の者は、貴校の推薦入学募集要項の推薦基準に該当する者として認め、推薦いたします。

記

志願者	ふりがな		生年月日 年　月　日（　歳） ＊2024年4月1日現在の年齢を記入	
	氏名			
	現住所	〒　－		
学業評定平均値			成績順位	番／　人中
推薦理由				
記載責任者氏名　㊞				

＊受験番号は記入しないでください。

キリトリ線