

【病院長または施設長推薦】

*受験番号 _____

年 月 日

天草准看護高等専修学校長 様

所在地 〒

病院名または施設名

病院長または施設長氏名

㊞

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 氏名		生年月日 年 月 日 (歳) *2024年4月1日現在の年齢を記入
	現住所	〒 -	
就業証明	就業期間	年 月 日～ 2024年4月1日現在 (合計 年 カ月) このうち、疾病や育児などにより就業しなかった期間があれば記入 年 月 日～ 年 月 日 (休職理由:)	
	職種		
推薦理由			

*病院長または施設長印は、私印ではなく職印（公印）をご使用ください。

*受験番号は記入しないでください。

キ
リ
ト
リ
線