

※ 受験番号	
-----------	--

年 月 日

# 推 薦 書

IGL医療福祉専門学校長 様

住 所 \_\_\_\_\_

氏 名 \_\_\_\_\_

前記の者は次の理由により、貴校が求める学生として適任と  
思いますので、推薦いたします。

推薦理由 ( 人物・態度、将来の希望等、特に本校への志願を適当と認める所見、在学中の 課外活動に関することなどをご記入ください。 )
-----
-----
-----
-----
-----

〒  
所 在 地 \_\_\_\_\_

学 校 名 \_\_\_\_\_

学 校 長 名 \_\_\_\_\_ 印