

推薦型選抜
(准看課程)

受験番号 *C

*印には記入しないこと

推薦書

令和 年 月 日

学校法人阪和学園
錦秀会看護専門学校長 殿

学校又は医療・介護施設所在地

〒

電話 ()

学校名(施設名)

学校長(施設長)

印

下記の者を推薦いたします。

ふりがな		昭和 平成 西暦	年	月	日生
志願者氏名					
推薦理由					