

学校推薦型選抜【公募制】

受験番号

*A

推 薦 書

西暦 年 月 日

学校法人阪和学園
錦秀会看護専門学校長 様

高等学校所在地
〒

電 話 ()

学校名

学校長 ⑩

下記の者を推薦いたします。

ふりがな				
志願者氏名		西暦	年	月 日生
推 薦 理 由				