

(様式2) 医療系入試受験者のうち、医療等従事者が推薦する場合のみ提出してください。

*印の欄は記入しないでください

医療等従事者による推薦書

受験番号	*
------	---

西暦 年 月 日

学 校 法 人 鈴 木 学 園
専門学校中央医療健康大学校長 様

施設・機関名 _____

所在地 _____

推薦者職・氏名 _____ 印

推薦者の資格名 _____

専門学校中央医療健康大学校の医療系入試の志願者として、以下の者を推薦します。

志望学科名	() 理学療法学科 () トータルケア鍼灸学科 () スポーツ柔整学科 () 柔整健康学科 () 歯科衛生学科 志望学科に○をつけてください。
フリガナ	
氏 名	

(推薦理由) 医療を志す者として適当である理由等を記入してください。

記載者 職・氏名

※推薦者の医療・福祉系の国家資格証明書をA4判に拡大又は縮小して提出してください。