

(様式3) 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。

医療等従事者による推薦書

令和 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 _____

推薦者の資格名 _____

推薦者の氏名 _____ 印

専門学校中央医療健康大学の医療系選抜の志願者として、以下の者を推薦します。

志望学科 ○をつける	() 理学療法学科 () トータルケア鍼灸学科 () スポーツ柔整学科 () ウェルネス柔整学科 () 歯科衛生学科
フリガナ	
氏 名	

(推薦理由)

※推薦者の資格名 …国家資格免許証は、A4判に拡大または縮小して複写したものをご提出ください。