（様式２）

学校推薦型（公募制）

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

学校名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

校長名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ 職印

専門学校中央医療健康大学校の学校推薦型選抜（公募制）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）

記載者　職・氏名

本校のアドミッション・ポリシーは募集要項Ｐ５をご覧ください。