

# 医療系推薦書

※印の欄は記入しないでください。

受験番号	※
------	---

専門学校中央医療健康大学校  
 学 校 長 殿

西曆 年 月 日現在

施設名・機関名 \_\_\_\_\_

所在地 \_\_\_\_\_

推薦者氏名 \_\_\_\_\_ (印)

※推薦者の資格名 \_\_\_\_\_

下記の者は心身共に健全かつ人間性に優れており、医療を志す者として適当な者であると認め、責任をもって推薦します。

ふりがな		生年月日(年齢: 歳)
受験者氏名		西曆 年 月 日
志望学科名	学科	
推薦理由をご記入ください。		

※推薦者をご記入ください。  
 ※推薦者が医療・福祉系の国家資格をお持ちの場合は必ずご記入いただき、  
 国家資格証明書をA4判にコピーして提出してください。

専門学校中央医療健康大学校  
- 15 -

キ  
リ  
ト  
リ