（様式1）

推　薦　書

※印の欄は記入しないでください。

受験番号	※

西暦　　年　　月　　日現在

専門学校中央医療健康大学校
学　校　長　　殿

学校名

推薦者氏名　　印

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		西暦　　年　　月　　日
志望学科名	学科	

推薦理由をご記入ください。

※推薦者がご記入ください。

専門学校中央医療健康大学校