

# 推薦書

令和 年 月 日

大川地区医師会附属准看護学院  
学 院 長 殿

所在地 \_\_\_\_\_

学校名（施設名） \_\_\_\_\_

学校長名（施設長名） \_\_\_\_\_ (印)

下記の者を貴校推薦入学の適格者と認め推薦します。

出願者 氏 名	フリガナ	生年月日 西 暦	性別 男・女
推薦理由			

※ 本書は厳封にしてください。