

推 薦 書

住 所 〒 _____

氏 名 _____

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

推薦理由

上記の者は推薦入学試験の条件を満たす人物と認め、ここに責任を持って推薦します。

令和 年 月 日

所在地 〒 _____

学校名又は施設名 _____

学校長又は施設長 _____

Ⓔ

電話番号 - - _____

公益社団法人会津若松医師会附属

会津准看護高等専修学校長 様