

受験番号

※

※欄は記入しないこと

# 推薦書 (指定校・一般)

西暦 年 月 日

聖マリアンナ医科大学  
看護専門学校長 殿

所在地	
学校名	
学校長	印

下記の者は貴校の推薦基準を満たしており、推薦入学試験志願者として適格と認め推薦いたします。

記

ふりがな		生年	西暦	年	月	日生
氏名		月日				
現住所	〒		電話番号	—	—	
推薦理由(学業成績・人物・健康状態に関する所見)						
記載責任者氏名						印