**推　　薦　　書**

※受験番号

**（推薦入学の場合に限り提出）**

年　　　月　　　日

**新潟看護医療専門学校長　様**

**所 在 地**

**立　　　　　　　　　　　　　高等学校**

**学校長名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

下記の生徒は学業人物共に優良、身体強健で貴校希望を適当と認め推薦いたします。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 全日制定時制通信制 | 科 | 年　　　月卒業 ・ 卒業見込 |
| 氏　 名 |
| 学業成績概評  |  |
| 学校生活の様子など |  |
| 特技など |  |
| 医療・福祉に対する関心の程度 |  |
| その他の所見 |  |

※印欄は記入不要