

※ 受験番号	
--------	--

令和 年 月 日

入 学 者 推 薦 書

(あて先) 浜松市立看護専門学校長

〒

所 在 地 _____

学 校 名 _____

校 長 名 _____ 印

下記の生徒は、本校在学中学業成績、人物及び健康状態が優秀であり、貴校推薦入学制によって入学を許可される者として適当であると思われるので、責任をもって推薦いたします。また、卒業後は、浜松市内の医療機関に就職する意志があります。

記

(ふ り が な)
生 徒 氏 名

(平成 年 月 日生)