推　　薦　　書

西暦　　　　年　　　月　　　日

学校法人 河原学園

河原医療大学校

学　校　長　殿

学校名

所在地

印

校長名

下記の者を貴校の入学者として適当と認め、推薦します。

西暦　　　　年　　　月　　　日

生年月日

氏　名

西暦　　　　年　　　月　　　日　　卒業見込み

※いずれかの推薦区分に☑印をつけてください。

推薦区分　　　　　□ 指定校推薦　　　　□ 推薦

推薦理由 人物・態度、将来の希望等、本校への志願を適当と認める所見を記入してください。

在学中の課外活動に関することを記入してください。

記載者

(担任)

印

※記入された個人情報は、入学審査・学生管理の目的以外には使用しません。