

# 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 \_\_\_\_\_

校長名 \_\_\_\_\_ 印

下記の者を貴校の入学者として適当と認め、推薦します。

氏 名		生年月日	西暦	年	月	日
			西暦	年	月	日
卒業見込み						
推薦区分	<input type="checkbox"/> 指定校推薦		<input type="checkbox"/> 推薦			
※いずれかの推薦区分に☑印をつけてください。						
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。