様式３号　　（推薦入試用）

※受験番号

推　　薦　　書

※欄は記入しないこと

令和　　年　　月　　日

（学校名）

（学校長名）　　公印

気仙沼市立病院附属看護専門学校の推薦選考に際し、下記の者を適格と認め、推薦いたします。

記

氏　名

生年月日 西暦　　年　　月　　日

《推薦理由》（学業成績，人物，その他に関する所見）

記載責任者　　㊞

気仙沼市立病院附属看護専門学校