推　薦　書

年　　月　　日

東京医療保健大学長　**亀　山　周　二　殿**

所 在 地

学 校 名

学校長名　　印

下記の生徒は、貴学の学生としてふさわしい者であると認め推薦いたします。

学　　部			学　　科	
ふりがな		性別	生年月日 （西　暦）	年　　月　　日生
生徒氏名				

〔推薦の理由〕

記入教諭氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印