

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	学部	学科・専攻	
ふりがな		性別	
生徒氏名			生年月日 (西 暦) 年 月 日生

〔推薦の理由〕※本学及び本学部・学科のアドミッション・ポリシーに対応する志願者本人の学習歴や活動歴を踏まえた学力の三要素に関する評価について記載してください。

記入教諭氏名 _____ 印