

受験番号

※ 学校記入欄

推薦書

専門
学校 東都リハビリテーション学院

西暦 年 月 日

学院長 小 関 博 久 殿

所 在 地

高等学校名

学校長氏名

公印

下記の者は、貴校の選抜適格者と認め、責任をもって推薦いたします。

氏 名

西暦

年

月

日生

男・女

志望学科 理学療法学科

本校に推薦する理由

(注) 記入・捺印のうえ、厳封して志願者へお渡しください。