（第５号様式）

※学校記入欄

受験番号

推　薦　書

（西暦）　　年　　月　　日

学校法人藤仁館学園
専門学校高崎福祉医療カレッジ学校長　殿

施設名称

施設所在地

電話番号

施設長　　公印
（代表者名）

下記の者は、貴校の課程を修めるのにふさわしい人物であると認め、
ここに推薦いたします。

出願者氏名	
生年月日	（西暦）　　年　　月　　日生

推薦理由

推薦者 所属部署 （役職）		推薦者名	㊞