

## 推 薦 書

学校法人藤仁館学園

藤仁館医療福祉専門学校 学校長 殿

記 入 日 年 月 日

法 人 名

施 設 名

所 在 地

施設長名

(代表者名)

公印

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。

記

|      |                |      |        |
|------|----------------|------|--------|
| 志望学科 | 看護師科（2年課程・通信制） |      |        |
| フリガナ |                | 生年月日 |        |
| 氏 名  |                | (西暦) | 年 月 日生 |

&lt; 推薦理由 &gt;

|  |
|--|
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

&lt; 推薦者 &gt;

|              |  |      |   |
|--------------|--|------|---|
| 所属部署<br>(役職) |  | 推薦者名 | ㊟ |
|--------------|--|------|---|

以上