

令和4年度 上尾中央医療専門学校 推 薦 書

※入試事務局記入欄

受験番号	
受付日	

上尾中央医療専門学校長 殿

令和 年 月 日

【推薦者】

所在地
学校名又は 施設名
校長名・施設長 又は所属長の 職名及び氏名 印
電話番号

※「入学試験実施要項」(4~6ページ)の出願資格を確認し、
該当する推薦者の記入押印をして下さい。

下記の者は、入学するに相応しい者と認めここに推薦致します。

フリガナ	性別	生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成 (満 歳)	指定校推薦 (該当する場合は〇印)
氏名	男・女			
推薦理由及び特記事項 (※欠席日数に関して特段の理由があれば、その理由も記載すること)				
				記入者氏名

記入に当たり、電子媒体で作成し印刷したものにご捺印の上、提出していただいてもかまいません。
その場合は、本校ホームページ (<https://acmc.ac.jp/nyugaku/bosyu.php>) からダウンロードすることができます。