様式３－１

令和５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」（7～8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	□昭和 □平成　年　月　日生 （満　歳）	指定校推薦 （該当する場合は○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。