

君津中央病院附属看護学校
学校推薦型選抜推薦書

年 月 日

君津中央病院附属看護学校 学校長 殿
学校名

校長名 ⑩

下記の生徒を、貴校の学校推薦型選抜志願者として推薦いたします。
(入試区分・性別は、該当するものを○で囲んでください。)

入試区分	指定校制 ・ 公募制		
フリガナ		性別	生年月日(西暦)
氏 名		男・女	年 月 日
推薦理由(学業、人物など)			

記載責任者 職名 氏名