

受験番号

※

※印欄は記入しないでください。

年 月 日

公募推薦入試

推 薦 書

広島医療保健専門学校
校長 古澤 宰治 様

学校名

校長名

印

記載責任者名

印

記

下記生徒は、広島医療保健専門学校 理学療法学科の公募推薦入学試験の出願条件を満たす者と認め、推薦いたします。

フリガナ
氏 名
