推薦書

令和　　年　　月　　日

岐阜市医師会准看護学校長　様

　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　学校・施設名

　　　　　　　　　　　　　電話番号

　　　　　　　　　　　　　学校長・施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

　　　　　　　　　　下記の者を貴校の推薦入学適格者として推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな |  |
| 氏　　名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　男 ・ 女 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　年　　月　　日生　　（　　　歳） |

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦理由 |  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記載責任者　　　　　　　　　　　　　㊞ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　岐阜市医師会准看護学校