**推　　薦　　書**

※受験番号（記入しないでください）

年　　　　月　　　日

**新潟看護医療専門学校村上校　学校長　殿**

**所 在 地**

**学 校 名**

**学校長名 　　　　　　　　　　　　　　　　　　印**

**下記の生徒は学業人物共に優良、身体強健で貴校希望を適当と認め推薦いたします。**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | 男女 | 全日制定時制通信制 | 科 | 年　 　月卒業 ・ 卒業見込 |
| 氏　 名 |
| 学業成績概評  |  |
| 学校生活の様子など |  |
| 特技など |  |
| 医療・福祉に対する関心の程度 |  |
| その他の所見 |  |