

推 薦 書

令和 年 月 日

札幌医療リハビリ専門学校長 殿

高等学校名

学校長名

下記の者は、貴校の（指定校・学校）推薦型選抜の推薦要件に該当する者と認め、責任をもって推薦いたします。

入学志願者	フリガナ	
	氏 名	
	生年月日	昭和・平成 年 月 日生
推 薦 学 科 名		学科

推 薦 理 由
