

受験番号	☆
------	---

☆本学記入欄

[2020年度 公募制推薦入試用]

推 薦 書

藍野大学短期大学部 学長 殿

下記の者は、貴学において大学教育を受けるに必要な基礎学力と医療保健に対する真摯な意欲を有すると認め、推薦いたします。

フリガナ		
氏 名		
生年月日	年 月 日 生	
志望学科・専攻	<input type="checkbox"/>	第二看護学科【3年制】
	<input type="checkbox"/>	第一看護学科【2年制】
	<input type="checkbox"/>	専攻科(地域看護学専攻)【1年制】

該当する志望学科・専攻の左の欄に○を付けてください。

年 月 日

学校名

校長名

印