|  |
| --- |
| **指定校・公募制・学内推薦** |

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

いずれかを○で囲んでください。 　　　　※印欄は記入しないでください。

**推 　薦 　書**

西暦　　　　年　　　月　　　日

北里大学保健衛生専門学院

学　院　長　殿

部科校名

部科校長名

**下記の者は、本校の推薦基準及び貴学院の当該推薦入試出願資格（推薦基準）の全てを満たし、貴学院生として相応しいと認め、ここに推薦いたします。**

記

志願者氏名

西暦　　　　年　　　月　　　日　卒業（見込）

記載責任者氏名

連絡先（TEL）

|  |
| --- |
| 特記事項（特別な推薦理由がある場合は、ご記入ください） |
| 欠席理由（調査書の欠席日数が1年間で10日以上又は卒業までに合計20日以上ある場合は、その理由をご記入ください） |

以　上