|  |
| --- |
| **指定校・公募制・学内** |

|  |  |
| --- | --- |
| 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