

受験番号 (様式4)

(施設推薦用)

番
---

※記入不要

# 推薦書

受験者氏名

希望学科名

科

上記の者、人物、就業ともにすぐれていますので貴校に推薦いたします。

平成 年 月 日

九州環境福祉医療専門学校

九州環境福祉医療専門学校長崎校

校長殿

(該当するほうの□に✓マークをいれて下さい)

所在地	〒
施設名	
代表者名	印
電話番号	( )