※

推　薦　書

令和5年　　月　　日 記入

川 崎 医 療 福 祉 大 学 学　長 殿
川 崎 医 療 短 期 大 学 学　長 殿
川崎リハビリテーション学院 学院長 殿

学 校 名

校 長 名　　印

下記の者を貴学推薦入学志願者として適格と認め推薦いたします。

記

受験者氏名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

☐ 学校推薦型選抜前期＜公　募＞ ☐ 学校推薦型選抜前期＜有資格＞	大学等	☐ 川崎医療福祉大学 ☐ 川崎医療短期大学 ☐ 川崎リハビリテーション学院
	学　科	

注 1. **該当する ☐ にチェックを入れてください。**
注 2. この推薦書は厳封不要です。
注 3. 調査書と同封しても差し支えありません。
注 4. ※印欄は記入しないでください。