学校推薦型選抜前期＜指定校推薦＞

※

推　薦　書

令和8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

下記の者を貴学指定校推薦入学志願者として適格と認め推薦いたします。

フリガナ		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
氏　名		学　科	
人物所見			
推薦所見			

注 1. 該当する□にチェックを入れてください。
注 2. この推薦書は厳封したものに限り有効です。
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。