※

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 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

□ 学校推薦型選抜後期[A日程]

□ 学校推薦型選抜後期[B日程]

注 1. **該当する □ にチェックを入れてください。**
　　A 日程と B 日程の両方を受験する場合は2部必要です。
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。