

※受験番号

公益財団法人

尼崎健康医療財団看護専門学校長 様

高等学校

学校長

印

推 薦 書

貴校の推薦入学試験の募集要項に基づき、下記の者を推薦します。

志 願 者	ふりがな 氏 名	
	生年月日	平成 年 月 日生 (歳)
	現住所	〒
	電話番号	()
推薦理由		