

受験番号※

※欄は記入しなご

推薦書

記入日: 西暦 年 月 日

学校法人 平成医療学園

平成医療学園専門学校
学校長 殿

学校所在地 _____

学校名 _____

学校長名 _____ 

下記の者を、貴校への進学に適する者と認め推薦します。

受験者氏名			
生年月日	西暦 年 月 日	希望コース	<input type="checkbox"/> 1年コース <input type="checkbox"/> 2年コース

推薦理由 (人物評価)

■ 使用している主要教材名を教えてください。 _____

■ 日本語能力試験でN3以上に合格していない場合は、日本語能力についてご記入ください。

該当する日本語能力に ○印をつけてください。	【読解力】	優	良	可	不可
	【聴解力】	優	良	可	不可
	【会話力】	優	良	可	不可
	【文章力】	優	良	可	不可
所見	-----				

記入責任者

