

受験番号

※

# 推薦書＜学校推薦型選抜＞ (公募推薦型選抜)

令和 年 月 日

高知リハビリテーション専門職大学

学 長 様

学 校 名

校 長 名

印

下記の者を、貴専門職大学学校推薦型選抜（公募推薦型選抜）

志願者として適当と認め推薦します。

## 記

フリガナ		性別			理学療法学専攻
氏 名		男・女	志望専攻に○印を記入してください。		作業療法学専攻
生年月日	平成 年 月 日生				言語聴覚学専攻

- 【備考】 1. この用紙は、公募推薦型選抜志願者のみ使用してください。  
2. ※印の欄は、記入しないでください。