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	志望専攻に〇印を記入してください。		理学療法学専攻
氏　　名		男・女			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。