

受験番号	※
------	---

推薦書<学校推薦型選抜> (特別推薦型選抜)

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（特別推薦型選抜）
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○印を 記入して ください。	作業療法学専攻
氏 名	男・女		言語聴覚学専攻
生年月日	平成 年 月 日生		
推 薦 理 由			
記載責任者氏名			印

- 【備考】 1. この用紙は、特別推薦型選抜志願者のみ使用してください。
2. この推薦書は、調査書と同封してください。
3. ※印の欄は、記入しないでください。