

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。