※

**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◯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 |
|  | 言語聴覚学専攻 |
| 生年月日 | 平成　　 年　　 月　　 日生 |

【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。