

受験番号	※
------	---

令和9年度 学校推薦型選抜入学試験（指定校制）

推薦書

令和 年 月 日

高知学園短期大学
学長 山下文一 殿

学 校 名

校 長 名

印

下記の者を貴学学校推薦型選抜入学試験（指定校制）志願者として適当と認め推薦します。

記

フリガナ		性別	志望学科に ○印を記入して ください。	幼児保育学科
氏 名		男・女		歯科衛生学科
生年月日	昭和・平成 年 月 日生			看護学科
推薦理由				
記載責任者氏名				印

- 【備考】 1. この用紙は、学校推薦型選抜入学試験（指定校制）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。