

夜間部医療従事者推薦専願入試推薦書

清恵会医療専門学校長 殿

令和 年 月 日

所属する
医療機関

所属する
医療機関
所 在 地 電話 — —

職種及び
役 職 名

氏 名 (印)

生年月日 年 月 日生

下記の者は貴学への入学を強く希望しているので推薦いたします

フリガナ		性		生年月日	
氏 名		別		年 月 日生	

推 薦 理 由

本書を推薦者の所属する医療機関等へ提出して下さい
注1：夜間部医療従事者推薦専願入試を受験する場合は本書を提出して下さい
注2：医療従事者が記入して下さい
注3：受験資格については、P15を参照して下さい