

# ファミリー推薦専願入試推薦書 ①

# 医療従事者推薦専願入試推薦書 ②

清恵会医療専門学校長 殿

令和 年 月 日

氏 名 \_\_\_\_\_ (印)

生年月日 \_\_\_\_\_ 年 月 日生

①の方のみ

続 柄 \_\_\_\_\_

在籍学科 \_\_\_\_\_

②の方のみ

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 \_\_\_\_\_

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		年	月	日生
氏 名		別						
希望学科 (〇印をつけ てください)	診療放射線学科 ( 昼間部 ・ 夜間部 )							

## 推 薦 理 由

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

本書を推薦者へ提出して下さい

注1：ファミリー推薦専願入試または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2：①の場合は3親等以内の本校在籍経歴者が、②の場合は医療従事者が記入して下さい  
注3：受験資格については、P17を参照して下さい