［ 様式① ］

※太ワクの中は記入しないこと

受験番号	

高 等 学 校 推 薦 書

日本医歯薬専門学校
学校長殿

年　　月　　日

学校名　　印

学校長・推薦者名　　印

所在地

電話番号

※上記の押印者については、学校の公印もしくは推薦者の認印のいずれかを押印してください。

下記の者は貴校への進学に適する者と認め推薦いたします。

記

志願者氏名	
志 望 学 科	□ 歯科衛生士学科 午前部　□ 歯科衛生士学科 夜間部 □ 視能訓練士学科 午前部　□ 登録販売者学科

所見

記入者名

※「所見」は必ずご記入ください