

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	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士学科 午前部 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士学科 夜間部 <input type="checkbox"/> 視能訓練士学科 午前部 <input type="checkbox"/> 登録販売者学科 (午前部)

所見

.....

.....

.....

.....

.....

.....

記入者名