

※太ワクの中は記入しないこと

受 験 番 号	
------------	--

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 (午前部)

[illegible]

※「所見」は必ずご記入ください