

[様式②]

※太ワクの中は記入しないこと

受験
番号業 界 推 薦 書
卒 業 生日本医歯薬専門学校
学校長殿

年 月 日

医療機関名
企業名

印

代表者名

印

卒業生推薦者名

印

(学科 年3月卒業)

所在地

電話番号

※上記の押印者については、法人・企業の公印もしくは推薦者個人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"/> 視能訓練士学科 夜間部 <input type="checkbox"/> 登録販売者学科 <input type="checkbox"/> 社会福祉士・医療ソーシャルワーカー学科