推　　薦　　書

年　　月　　日

川口市立看護専門学校長　　様

学　校　名

校　長　名　　印

下記の者は、貴校において看護教育を受けるのにふさわしいと認めますので、
推薦入学制度によって学科試験を免除し、入学を許可されますよう推薦します。

記

年　　月卒業見込み

学科・コース

生徒氏名

推薦理由

受験番号	※

<table>
<tr><td rowspan="6">学

業</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td colspan="3">クラスでの成績順位
（できれば記入すること）</td><td colspan="3">学年全体での成績順位
（必ず記入すること）</td></tr>
<tr><td>第１年次</td><td>人中</td><td>位</td><td>第１年次</td><td>人中</td><td>位</td></tr>
<tr><td>第２年次</td><td>人中</td><td>位</td><td>第２年次</td><td>人中</td><td>位</td></tr>
<tr><td>第３年次</td><td>人中</td><td>位</td><td>第３年次</td><td>人中</td><td>位</td></tr>
<tr><td>第４年次</td><td>人中</td><td>位</td><td>第４年次</td><td>人中</td><td>位</td></tr>
<tr><td>人

物</td><td colspan="6"></td></tr>
<tr><td>健康状況・その他</td><td colspan="6"></td></tr>
</table>

（注）１　募集要項のＰ３「記入上の注意」を参照のこと。
　　２　※印欄は記入しないこと。