推　薦　書

年　　月　　日

（あて先）川口市立看護専門学校長

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	※

学業							
	クラスでの成績順位 （できれば記入すること）			学年全体での成績順位 （必ず記入すること）			
	第１年次	人中	位	第１年次	人中	位	
	第２年次	人中	位	第２年次	人中	位	
	第３年次	人中	位	第３年次	人中	位	
	第４年次	人中	位	第４年次	人中	位	
人物							
健康状況・その他							

（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。