

推 薦 書

年 月 日(西暦)

砂川市立病院附属看護専門学校
学 校 長 岩 木 宏 之 様

学 校 名
学 校 長

印

下記の者は、貴学校に適格と認め責任をもって推薦します。

ふりがな	生 年 月 日
氏 名	(西暦) 年 月 日
生 活 態 度 学 習 態 度	
課外活動状況	
健 康 状 況 出 席 状 況	
本人及び家族の 進学に対する 意見	
推 薦 理 由	