

# 推薦書(指定校推薦入試用)

年 月 日

## 森ノ宮医療大学長殿

学校名

フリガナ

校長名

印

〒 -

所在地

連絡先(TEL)

進路指導・担任教員名

下記の志願者は森ノ宮医療大学に入学するに  
ふさわしい適性を備えていると認め、推薦いたします。

### 記

志願者氏名

年 月 卒業(見込み)

本人について特記事項がありましたらご記入ください。

---

---

---

---