入 学 志 願 者 紹 介 状

令和　　年　　月　　日

熊本総合医療リハビリテーション学院
学 院 長　殿

（紹介者）

氏　　名	印　　（旧姓）
卒業年度	年度　　学科卒業
住　　所	（　　－　　）
電話番号	
志願者との関係	

私は、下記の者を貴学院の入学志願者として紹介いたします。

記

（志願者）

志望学科	学科
氏　　名	
住　　所	（　　－　　）

以上

※インターネット出願システムから出願手続きを行った後、調査書などの必要書類と一緒に本学院まで郵送もしくは持参してください。受験料を半額免除いたします。