|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  | 受験番号 | ※　　　　　 番 |
| **高等学校長推薦書**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 殿所在地 〒（ － ）学校名 学校長名 ㊞**下記のとおり相違ないことを証明し、貴学院への入学に適格の者として推薦いたします。**日 |
| 志望学科 | 理学療法学科 ・ 作業療法学科 ・ 臨床工学学科 ・ 義肢装具学科 ・ 救急救命学科 |
| ふりがな |  | 生年月日 | 平成　　 年 　　月　 　日年月日 |
| 氏　　名名 |  |
| 学 業 に 関 す る 事 項 |
|  |
| 人 物 に 関 す る 事 項 |
|  |
| 推 薦 上 の 特 記 事 項  |
|  |
|  | 記載者名 | ㊞ |

１．※欄には記入しないでください

２．指定校推薦で出願の場合は、別様式の「指定校推薦書」にご記入ください

３．この様式はホームページからダウンロードできます

URL：https://www.kumareha.ac.jp（ホーム＞入試・学費情報＞入試概要・募集要項）