

受験番号 (記入不要)	
----------------	--

推 薦 書

香川県歯科医療専門学校長 殿

高等学校名

校長名 ㊟

下記の者を貴校入学に适当と認め推薦する。

記

ふりがな		男・女
氏 名		
生 年 月 日	平成・昭和 年 月 日生	
志 望 学 科	科	
推 薦 区 分	指定校推薦（ 一期 ・ 二期 ） ・ 校長推薦（ 一期 ・ 二期 ） いずれかに○をしてください	

令和 年 月 日

記載責任者 ㊟