

	指定校推薦選考
	一般推薦選考

推 薦 書

独立行政法人地域医療機能推進機構
 東京新宿メディカルセンター附属看護専門学校長 殿

年 月 日

学校長氏名

公印

担任氏名

印

下記の者は貴学において看護教育を受けるのにふさわしい者と認めますので入学を許可されるよう推薦いたします。

記

学生氏名

(年 月 日生 才)

1. 推薦理由

〈裏面に続く〉

2. 学 業	学習への意欲	全教科評定平均値
		4教科評定平均値
3. 人 物		
4. 健 康 状 況		
5. 教 科 外 活 動 状 況		