

※該当する方に○を付けて下さい

☐	指定校推薦選考
☐	一般推薦選考

推薦書

年 月 日

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

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 歳)

1. 推薦理由

*様式3-1号、様式3-2号は両面印刷して使用すること

〈(様式3-2号)に続く〉

学生氏名

(様式3-2号)

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		

*様式3-1号、様式3-2号は両面印刷して使用すること