

※は本学で記入

※受験番号

# 推薦書(学校推薦型選抜)

(西暦) 年 月 日

群馬医療福祉大学  
群馬医療福祉大学短期大学部

学長 鈴木利定 殿

学校名

校長名

印

所在地

TEL

下記の者を貴学の入学者として適当と認め、  
推薦いたします。

記

記載責任者(担任)氏名

進路指導主事氏名

(西暦) 年 月 日 卒業見込

志願者氏名

(西暦) 年 月 日生

推薦事項