西暦　　年　　月　　日

岩手医科大学医療専門学校長　殿

高等学校名

受験者氏名　　㊞

保護者氏名　　㊞

推薦入学申込書

貴校歯科衛生学科へ選抜入学を希望します。
合格が決定しましたときには、必ず入学することを誓約いたします。