

西曆 年 月 日

岩手医科大学医療専門学校長 殿

高等学校名

校 長 名 ㊟

推 薦 書

下記の者を貴校推薦入学の適格者として推薦します。

氏 名		西曆 年 月 日 生		
学 習 成 績 (評定平均値)		1 年	2 年	3 年
所 見	学 習 意 欲			
	生 活 態 度			
	協調性、積極性、 ものの考え方など			
	そ の 他			

※調査書と同封願います。