推　　薦　　書

西暦　　年　　月　　日

神戸医療福祉専門学校中央校
神戸医療福祉専門学校三田校
校　長　様

推　薦　者

住　　所

高等学校名

校　長　名　　印

下記の者は人物、学力ともに貴校（学科名:　　）

への進学に適する者と認め推薦いたします。

記

推薦生徒名

推　薦　理　由