

〔基礎テスト方式〕  
(高等学校用)

※ 

受験 番号	
----------	--

※記入しないでください

# 推 薦 書

氏 名

年 月 日生

上記の者は、年 月 本校

科  卒 業  
 卒業見込

の者で、学力・人物ともに優秀と認め、学部 学科

※  
専攻

に推薦します。

※リハビリテーション学科・医療福祉学科・鍼灸サイエンス学科は、  
専攻名を必ずご記入ください。

年 月 日

鈴鹿医療科学大学長 殿

高等学校名

学校長名

印