

〔面接方式(特別枠)〕

(医療機関、福祉施設等用)

\*「医療福祉学科・鍼灸サイエンス学科・看護学科」専用

※

受験 番号	
----------	--

# 推 薦 書

年 月 日

鈴鹿医療科学大学長 殿

施設名(医療機関、福祉施設等)

住所(所在地)

下記の者は、貴大学の推薦入学(特別枠)の適格者であると認め推薦します。

フリガナ				年 月 日生
氏 名				
志 望 学 科 専 攻	医療福祉学科 ( <input type="checkbox"/> 医療福祉学専攻 <input type="checkbox"/> 臨床心理学専攻)	鍼灸サイエンス学科 ( <input type="checkbox"/> 鍼灸・スポーツトレーナー学専攻 <input type="checkbox"/> 鍼灸学専攻)	<input type="checkbox"/> 看護学科	※志望学科・専攻にチェックをつけてください。
推 薦 理 由				
志願者との ご関係				
推薦者の職位・ 氏名	職 位		氏 名	印

- 〔記入方法〕
1. 記入は推薦者ご本人が記入してください。
  2. ※印欄は記入しないでください。
  3. 発行にあたっては、厳封してください。