

〔適性検査方式〕
(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