

受験番号	
------	--

平成 年 月 日

関西医療大学長 殿

学校名

学校長名

印

推 薦 書

下記の者は、貴学への入学を志願し、人物、学業、健康ともに、貴学の推薦入試志願者として適格であると認められるので推薦します。

志願者氏名

生年月日 平成・昭和 年 月 日