

受験番号	※
------	---

(通信教育部)

推薦書

(西暦) 年 月 日

日本医療大学 学長 様

企業・団体名

住 所

代 表 者 名

印

記載責任者名

印

下記の者は、推薦入学者として適当と認めますので推薦いたします。

【出願する学部学科】

通信教育部 総合福祉学部ソーシャルワーク学科

入学の種類 (□に✓)

1年次入学

3年次編入学

フリガナ			性別	生年月日
氏名	姓	名	男・女	(西暦) 年 月 日

推薦理由

本人の人柄および特徴

職場内外の活動および特記すべき事項

※印欄は記入しないでください。