

# 推 薦 書

令和 年 月 日

気仙沼市医師会附属

高等看護学校長 様

本 籍

現 住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日

上記の者について、下記の通り席次を記載し、貴校推薦  
入学試験受験者として推薦します。

席 次	1・2年次総合	人 中	位	%以内
-----	---------	-----	---	-----

学校養成所名

学校養成所長名

㊞

推薦入学試験専用

# 調 査 書

氏 名		生年月日	昭和・平成	年	月	日
在学期間	自 年 月 日 ~ 至 年 月 日 卒業見込					

## 1. 出欠席状況

項 目	学 年				計
	1 学 年	2 学 年	3 学 年		
授 業 日 数					
出 席 日 数					
病 欠 日 数					
事 故 欠 日 数					

## 2. 学校活動

1 学年	2 学年	3 学年

## 3. 特記事項

--

上記のとおり相違ありません。

令和 年 月 日

学校養成所名

学校養成所長名

㊞