

推 薦 書

平成 年 月 日

気仙沼市医師会附属
准看護学校長 殿

本 籍

現 住 所

氏 名 ⑩

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

上記の者について、貴校推薦入学試験受験資格を満たしており、下記の通り評定を記載し、推薦致します。

全体の評定平均値 3 年次（9 月 30 日現在）

評定平均値 _____

学 校 名

学校長名 ⑩