

(高等学校推薦)

推薦書

令和 年 月 日

一般財団法人仁和会
三沢中央病院附属准看護学院長 様

住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

上記の者は推薦入学試験の条件を満たす人物と認め、
ここに責任をもって推薦いたします。

所在地

学校名

学校長

印