|  |  |
| --- | --- |
| ※本学使用欄受験番号 |  |

**推　　薦　　書**

西暦　　　　　年　　 月　　 日

新潟薬科大学 学長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 学校名 |  |
| 校長 |  |  |

下記の者を新潟薬科大学医療技術学部臨床検査学科入学適格者として推薦いたします。

■出願する試験区分に✓点を付けてください。

|  |
| --- |
|[ ]  学校推薦型選抜試験　指定校制Ⅰ期 |
|[ ]  学校推薦型選抜試験　一般公募専願制 |
|[ ]  学校推薦型選抜試験　一般公募併願制 |

■文字数制限や字体サイズの指定はありません。（枠線を移動するなど）1ページに収まるよう調整してご利用ください。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | [ ] 男 | 西暦　　　　　年　　月卒業(見込み) |
| 氏　　名 |  |
| [ ] 女 |
| 学業成績概要 |  |
| 人物・性格所見 |  |
| 運動競技・特殊技　能・資　格 |  |
| その他の所見 |  |