|  |  |
| --- | --- |
| **2024年度　新潟医療福祉大学**  **学校推薦型選抜（指定校制）** | |
| 受　験  番　号 | ※記入しないでください |

**指定校推薦書**

**（鉛筆不可、黒の筆記具使用）**

（西暦）　2023　年　月　月　日　日

新潟医療福祉大学　学長 殿

高等学校名 　高等学校名

公印

学校長名 　学校長名

記載責任者の

㊞

職位と氏名 　職位と氏名

**下記の志願者を貴学の入学適格者と認め、責任をもって推薦いたします。**

|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | フリガナ | 性別 | 生年  月日 | （西暦）  西暦 年 月 月 日 日 | 志願  学部  学科 | 学部を選択してください　　学　部 |
| 氏　名 | 氏　名 |
| 卒業  年月 | （西暦）  西暦 年 月 月 卒見 | 学科を選択してください　　学　科 |
| 推薦理由 | ※「本学アドミッション・ポリシー」や「学力の３要素」に関する評価等を踏まえて、ご記入ください。 | | | | | |
| 生活態度  クラブ活動  その他特記事項 | ※表彰・受賞、取得資格、生徒会活動、ボランティア活動等、特記すべき事項について、記入してください。 | | | | | |

○ 署名・捺印のうえ、厳封して志願者へお渡しください。