

指定校推薦書

(鉛筆不可、黒の筆記具使用)

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

(西暦) 2023 年 月 日

新潟医療福祉大学 学長 殿

高等学校名

学校長名

公印

記載責任者の
職位と氏名

印

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	氏名	男・女	生年月日 (西暦) 年 月 日	卒業年月 (西暦) 年 月 卒見	志願 学部 学科	学部 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下さい。