

学校推薦型選抜入学試験【指定校制】  
推 薦 書

2024 年 月 日

札幌保健医療大学

学 長 大日向 輝美 殿

学 校 名

学 校 長

職

印

下記の者は、**看護学科**  
**栄養学科** に適格と認め責任をもって推薦します。

|           |  |
|-----------|--|
| フリガナ      |  |
| 氏 名       |  |
| 推 薦 理 由   |  |
| 人 物 所 見   |  |
| 課外活動状況    |  |
| 記 載 責 任 者 |  |

黒ボールペンで記入してください。