様式４

2024年度　福岡国際医療福祉大学

＊

＊ 記入しないでください。

＊

|  |
| --- |
| **学校推薦型選抜 ［公募制］** |

**推　薦　書**

福岡国際医療福祉大学　学長殿

　　　年　　　月　　　日

学校名

学校長　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印

下記の生徒は、貴大学の入学適格者と認め、責任をもって推薦いたします。

記

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 志望学部 | 　　学部 | 志望学科 | 学科 |
| 生年月日 | 年　　月　　日 | 卒業年月日　　　 | 年　　月　　日 卒業見込 | 性別 | 男 ・ 女 |
| ※生年月日と卒業年月日は西暦で記入してください。 |
| 推薦理由 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 特記事項（人物の特徴・性格・諸活動の内容等） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| 記載者と志願者との関係　　　　　　　　　　　　 | 記載者の職位 | 記載者の氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |
| （注）パソコンを使用していただいても結構です。様式は本学ホームページからWord形式のデータをダウンロードできます。記入・捺印の上、厳封して志願者へお渡しください。 |