【様式３】

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

※欄は記入しないでください

年　　　月　　　日

推　薦　書　（　　）指定校制　・（　　）公募制

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　いずれかに〇をつけてください

独立行政法人国立病院機構

横浜医療センター附属横浜看護学校長　様

高等学校名

学校長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印

記載責任者名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

住　所　〒

電話番号

下記の者は、貴校の看護教育を受けるにふさわしい者と認めますので、推薦いたします。

|  |
| --- |
| 学生氏名  平成　　　年　　　月　　　日生 |
| 推薦理由（具体的にご記入ください） |