|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
|  |  |  |  |  |  |  | 【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） | | | |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
|  |  |  |  |  |  |  |  |  |