**２０２５年度　入学試験推薦書**

**歯科衛生学科**

　　　　　年　月　日

学校法人あずま学園

八戸保健医療専門学校長　殿

|  |
| --- |
| 所在地　〒　－ |
| 電話　市外局番（　　）　　－　 |
| 学校・施設名　 |
| 所 属 長 名　㊞ |

下記の者を推薦入学志願者として適当と認め、ここに推薦します。

|  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 志願者 | ふりがな |  | 男・女 | 生年月日 | 年　令 |
| 氏　名 |  |  | 年　月　日 | 才 |
| ふりがな | (〒　　－　　　) |
| 現住所 |  |
| 推 薦 理 由 |  |