

*受験番号	
-------	--

# 推 薦 書

学校法人 医療創生大学  
千葉・柏リハビリテーション学院  
学院長 新谷 正子 殿

(西暦) 年 月 日

高等学校名

学 校 長



下記の者は貴校への進学を希望しており、人物・成績・身体ともに良好と認められることから推薦いたします。

フリガナ			
氏 名		(西暦) 年 月 日	卒業見込み
性 別	<input type="checkbox"/> 男 <input type="checkbox"/> 女	生年月日	(西暦) 年 月 日
所 見			