

# 推 薦 書

(西暦) 年 月 日

気仙沼市医師会附属  
准看護学校長様

本 籍 都・道・府・県

現住所

氏 名 ㊟

生年月日 (西暦) 年 月 日生

上記の者について、貴校推薦入学試験受験資格を満たしており、下記の通り評定を記載し、推薦致します。

全体の評定平均値 \_\_\_\_\_

学 校 名

学校長名 ㊟