

湘南医療大学 保健医療学部  
学校推薦型選抜（一般公募型）推薦書

※受験する学科、試験区分に○印をつけてください。

|                          |                    |
|--------------------------|--------------------|
| <input type="checkbox"/> | 看護学科               |
| <input type="checkbox"/> | リハビリテーション学科理学療法学専攻 |
| <input type="checkbox"/> | リハビリテーション学科作業療法学専攻 |

受験番号（※この欄は記入しないでください）

|                          |      |
|--------------------------|------|
| <input type="checkbox"/> | I 期  |
| <input type="checkbox"/> | II 期 |

湘南医療大学 学長 殿

記入日 年 月 日

所在地

高等学校名

学校長名 印

貴学が実施する学校推薦型選抜試験（一般公募型）に、下記の者を責任をもって推薦いたします。

■生徒氏名

■推薦理由

■その他、様々な諸活動において特筆すべきことがあればご記入ください。

記載責任者名

印