

# 優遇制度適用推薦書

年 月 日

吉田学園医療歯科専門学校 校長 様

高等学校名

推薦者名

印

下記の生徒は、貴校の優遇制度に適格と認められますので推薦いたします。

## 記

フリガナ	
志願者氏名	

〈適用優遇制度〉該当する制度に○を付け、下記の必要事項を記入してください。

	①学習評定	②GTZ※
学業成績優秀者優遇制度	_____	_____
スポーツ系クラブ活動・ 文化系クラブ活動優遇制度	在学中の所属スポーツ系・文化系部活動名 _____ 部	
ボランティア活動優遇制度	主な活動実績 _____ _____	
生徒会活動優遇制度	主な活動実績 _____ _____	

※GTZはベネッセ進路マップ実力判定テスト(3年次実施)の「国英」・「数英」・「国数英」の成績をご記入ください。