

(推薦入学出願者用)

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

校 長 名

印

下記の生徒は、貴校への入学を希望しており、学業、人物とも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	

所 見 (本人について特記事項をお知らせください)
