推　　薦　　書

令和７年度　愛媛県立医療技術大学

【特別選抜（学校推薦型選抜）】

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

令和　　年　　月　　日

　愛媛県立医療技術大学長　様

　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　学 校 名

　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長名

　下記の者は、愛媛県立医療技術大学の学校推薦型選抜の出願資格及び推薦要件を満たす人物と認めますので、責任をもって推薦いたします。

記

　　　　　　　フリガナ

　　　　　　　生徒氏名

　　　　　　　生年月日　　平成　　年　　月　　日生

|  |  |
| --- | --- |
| 推　　薦　　理　　由 |  |

（記入上の注意）

１　本人の能力、適性等において医療技術者（看護師、臨床検査技師）にふさわしいと認められる主な理由を具体的に記入してください。

２　※欄には何も記入しないでください。