受験番号

※ 学校記入欄

※該当選抜区分に☑を記入ください。

☐ 指定校推薦

☐ 公募制推薦

推　薦　書

専門学校 **東都リハビリテーション学院**　　西暦　　年　　月　　日

学院長 **小 関 博 久 殿**

所　在　地

高等学校名

学校長氏名　　公印

下記の者は、貴校の選抜適格者と認め、責任をもって推薦いたします。

氏　　名　　西暦　　年　　月　　日生　　男・女

志望学科　**理学療法学科**

本校に推薦する理由

（注）記入・捺印のうえ、厳封して志願者へお渡しください。