

(所定様式2号)

※受験番号

(指定校・高校推薦) 推 薦 書

(西暦) 年 月 日

沖縄歯科衛生士学校長 殿

高等学校名

高等学校

校 長 名

⑨

下記の者は貴校への選抜試験に出願するに際し、学業成績、人物とも適格と認め推薦致します。

ふりがな		生年月日	(西暦)	年	月	日生
生徒氏名						
卒業年月日	(西暦) 年 月 日☆卒業(見込み)	☆卒業課程	普・商・その他()			

学 年	第1学年	第2学年	第3学年	出欠記録	1年	2年	3年	備 考
全体の学習成績の状況				欠席日数	日	日	日	

推 薦 理 由 (記入方法については、募集要項を参照)

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

記載責任者氏名	
---------	--

☆印はいずれかを○で囲むこと ※印は記入しないこと