

(所定様式2号)

※受験番号	
-------	--

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 ④

下記の者は貴校への入学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
評定平均値				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○出囲むこと※印は記入しないこと