学校推薦書

年　　月　　日

北海道医薬専門学校長　様

学 校 名

〒

所 在 地

電話:

校 長 名　　印

下記の者、所見のとおり貴校入学に適するものと認め推薦致します。

フリガナ		年　　月　　日生
氏　名		男・女（　　歳）
年　　月	卒業見込	全日制・定時制・通信制・単位制

推薦所見

記入者　　印