

推 薦 書

令和 5 年 月 日

高崎健康福祉大学

学長 石田 朋 靖 殿

学校所在地 _____

高等学校名 _____

学校長名 _____ (印)

貴学入学を専願の下記生徒は、学業・人物・健康ともに学校推薦型選抜志願者として適当と認め、推薦いたします。

記

区分 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 学校推薦型選抜 (公募制)			
	<input type="checkbox"/> 学校推薦型選抜 (公募制 専門学科・総合学科枠) ※農学部のみ			
	<input type="checkbox"/> 学校推薦型選抜 (指定校制)			
フリガナ		性 別		
氏 名		<input type="checkbox"/> 男	生年月日	平成 年 月 日
		<input type="checkbox"/> 女		
志 望 学部学科 (いずれかに☑)	<input type="checkbox"/> 健康福祉学部 医療情報学科		<input type="checkbox"/> 健康福祉学部 社会福祉学科	
	<input type="checkbox"/> 健康福祉学部 健康栄養学科		<input type="checkbox"/> 薬学部 薬学科	
	<input type="checkbox"/> 保健医療学部 看護学科		<input type="checkbox"/> 保健医療学部 理学療法学科	
	<input type="checkbox"/> 人間発達学部 子ども教育学科		<input type="checkbox"/> 農学部 生物生産学科	
卒業年月	令和 年 月	<input type="checkbox"/> 卒 業	課 程	<input type="checkbox"/> 全日制
		<input type="checkbox"/> 卒業見込		<input type="checkbox"/> 定時制
				<input type="checkbox"/> 通信制
学科・コース等	※学科名・コース名等を記入 科 ・ コース ・ その他 ()			

推薦理由を記入してください。

記載責任者職・氏名 _____