|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

**推　　薦　　書**

令和　　　年　　　月　　　日

茨城県立医療大学長　 殿

推薦者　　所在地

名　称

代表者

職・氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

ここから切り離して提出してください

　下記の者は、茨城県立医療大学助産学専攻科の推薦入学にふさわしい人物と認め、責任を

○

もって推薦いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな  志願者氏名 |  | 生　年　月　日 | |  |
| 昭和  平成 | 年　　 月　　 日 |  |
| 推薦理由 | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |
|  | | | | |

○

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

【記入上の注意事項】

　　　１　推薦理由については、助産学専攻科に対する本人の適性、能力、意欲、人物や勤務状況等について、できるだけ

　　　　具体的に記入してください。

　　　２　当該推薦書は、ワープロ等で作成しても差し支えありません。ただし、様式の改変は行わないでください。

　　　３　※印の欄は、本学で記入するため、記入しないでください。