**〔学内進学者推薦型選抜用〕**

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※大学記入欄 |

**推　　薦　　書**

　　　年　　　月　　　日

福島県立医科大学長　　様

福島県立医科大学看護学部長　　印

　下記の者は、福島県立医科大学別科助産学専攻の学生として入学するのにふさわしい能

力、適性及び意欲を有しておりますので、責任をもって推薦します。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ　り　が　な |  | 生　年　月　日 |
| 氏　　　　　名 |  | 西暦　　　　年　　月　　日(満　　　歳) |
| 学業成績についての所見 |  |
| 人物についての所見 |  |
| 課外活動・その他特技についての所見 |  |
|  | 記載責任者の職・氏名 |  　　印 |

(注)１　この推薦書は、手書き又はパソコンで作成してください。

　　２　本様式は、本学ホームページからダウンロードできます。