（公募型推薦専用）

**高等学校推薦書**

年　　　月　　　日

**高知健康科学大学学長　様**

学 校 名

校 長 名㊞

**下記の者は、出願資格を満たしており貴大学リハビリテーション学科に　　　　　適する者と認め、ここに推薦いたします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 　　　年　　月　　日生 |
| 氏 名 | 　 |
| （満　　　　歳） |
| 　　2024　年　3月　　　　　　　　科（課程）　　　　　　　　卒業見込 |
| 出願資格チェック項目（①～④すべて満たしていること） | チェック欄　　　〇× |
| ①2024年3月卒業見込で専願で貴大学に入学する意思を持つ者 |  |
| ②出席状況が要出席日数の99％以上の者 |  |
| ③部活動やボランティア活動、あるいは各種検定資格の取得等、高校生活において特別な活動に取り組んでいる |  |
| ④貴大学のオープンキャンパスまたは大学見学に本年度1回以上参加している者 |  |
| 推薦理由 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 　 |
| 記載責任者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

※推薦理由は、性格、適性、行動など本大学への入学を適当とする参考所見