（指定校型推薦用）

**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、貴大学　理学療法作業療法　学専攻に適する者と認め、ここに推薦いたします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ | 　 | 　　年　　月　　日生 |
| 氏 名 | 　 |
| （満　　　　歳） |
| 　　　　　年　　　　　月　　　　　　科（課程）　　　　　　卒業見込 |
| 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