

卒業生特別推薦書

年 月 日

学校法人エイジェック学園
スポーツ健康医療専門学校
校長 殿

〒

〔推薦者〕 自宅 住所 _____

電話 () _____

フリガナ
氏名 _____

(S・H・R 年 3月 科卒業)

(S・H・R 年 3月 科卒業)

職場 名称 _____

〒

所在地 _____

電話 () _____

下記の方は 柔道整復師 はり師・きゅう師 の資格取得を希望しております。
当人は、健康であり、かつ、医療人としての資質を備えていると思われまますので、スポーツ健康医療専門学校への進学を推薦いたします。

フリガナ		性別		生年月日	S・H 年 月 日
氏名					(歳)
現住所	〒 電話 () _____				
最終学歴	学校名 卒業年次 S・H・R 年 月 <input type="checkbox"/> 卒業 <input type="checkbox"/> 卒業見込				
現職 (勤務先)	名称 _____ 〒 電話 () _____				

※現職は、社会人のみ記載願います。