

治 療 院 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

治療院名 _____

フリガナ
 推薦者名 _____

フリガナ
 院 長 名 _____

〒
 治 療 院
 住 所 _____

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 (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、社会人の方のみ記載願います。