

受験番号	※
------	---

# 推 薦 書

年 月 日

福井医療大学長 殿

高等学校名

学校長名

㊞

記載責任者

㊞

下記の者を、福井医療大学学校推薦型選抜志願者として推薦いたします。

フリガナ		性 別	男・女
氏 名		生年月日	年 月 日

第1志望学科 及び専攻 (○を付ける)	保 健 医 療 学 部				看護学科
	リハビリテーション学科				
	理学療法学専攻	理学療法学専攻 アスレティックトレーナー	作業療法学専攻	言語聴覚学専攻	○

推薦理由 学力の3要素に 関する評価を 踏まえて記入 して下さい。	

- 【備考】(1) ※印の欄は記入しないで下さい。  
(2) 記入はすべて西暦で記入して下さい。  
(3) 「推薦理由」欄は記載責任者が記載して下さい。  
(4) 推薦書は本学ホームページからダウンロードできます。