推　薦　書（公募制）

年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構
大阪医療センター附属看護学校
学校長　　松　村　泰　志　　様

高等学校名

学 校 長 名　　印

下記の者は、貴校への推薦入学を適格と認め、責任を持って推薦します。

ふりがな		生 年 月 日
氏　名		年　　月　　日生

推薦理由

記載責任者	印