**推 薦 書（指定校制）**

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 |

印

|  |
| --- |
| 高等学校名 |
| 学 校 長 名 |

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 | |