

推 薦 書

年 月 日

学校法人 三槇学園
千葉薬事専門学校
学校長 殿

学 校 名

.....

校 長 名

印

.....

所在地

TEL

.....

下記の者を貴校の入学者として適当と認め、
推薦いたします。

記

年 月 日 卒業（見込）

.....

志願者氏名

年 月 日生

.....

※裏面の記入もして下さい。

①推薦の理由

②先生から見る学生の長所や短所

※記入方法等、ご不明等がございましたらご質問ください。

学級担任教諭氏名

⑤