

受験番号 \*

## 推 薦 書（会員推薦）

年 月 日

飯塚医師会看護高等専修学校  
学校長 西 園 久 徳 殿

推薦者  
施 設 名  
施設長氏名



貴校の推薦入試（飯塚医師会会員推薦）受験資格に該当する  
ものとして、下記の者を責任をもって推薦いたします。

（フリガナ）

氏名 \_\_\_\_\_（男・女）

年 月 日生（ 才）