受験番号	＊

自 己 推 薦 書

学校法人ひらた学園
広島国際医療福祉専門学校

志願者	フリガナ		
	氏　　名		
	生年月日	（S・H）　　年　　月　　日生　（　　歳） （西暦　　年）	
	住　　所		
		〒　　－	TEL（　　）　　－