

受験番号	*
------	---

## 指 定 校 推 薦 書

年 月 日

学校法人ひらた学園  
広島国際医療福祉専門学校  
学校長 平田 富美子 殿

学 校 名 \_\_\_\_\_

学 校 長 \_\_\_\_\_ (印)

学 校 所 在 地 \_\_\_\_\_

電 話 番 号 ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

下記の者は貴校への進学を希望しており、  
人物も優れ、指定校推薦基準に適合するものと認め、推薦いたします。

志 願 者 名 \_\_\_\_\_

西 暦 年 月 日生

志 望 学 科 \_\_\_\_\_

※指定校推薦受験をされる方は、必ずこの推薦書が必要です。

■ご記入いただいた個人情報は、上記の目的のみに使用し第三者に提供することはありません。

