推薦Ｅ

助産学科

令和　　年　　月　　日

**推　薦　書**

静岡県立看護専門学校長　様

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 所在地 |  |
| 代表者職氏名 |  | 印 |

下記の者を貴校助産学科推薦入学の資格要件に該当すると認め、責任をもって推薦します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| ふりがな | 　 |
| 氏名 | 　 |
| 生年月日 | 昭和・平成　　　年　　　月　　　日生 |
| 推薦理由（人物、学業成績、就業態度、助産師への意志等） |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| （記入責任者 職・氏名） |  | 印 |
| ※以下は社会人のみ記載してください。 |
| 就業の始期 | 昭和・平成・令和　　　年　　　月　　　日から |
| 現在の職務内容 | 　 |