推　薦　書

青森県ビューティー＆メディカル専門学校
学校法人 木浪学園 Aomori Beauty ✦ Medical College

青森県ビューティー＆メディカル専門学校　校長 殿　　年　　月　　日

住所〔所在地〕〒

Tel（　　）　　ー

学 校 名

校長氏名　　印

下記の者を貴校昼間課程の入学志願者として適格と認め、推薦致します。

立　　高等学校　　科〔　　年　　月　　日〕卒業見込

志願者氏名	男・女	生年月日	年　　月　　日生 満年齢　　歳

推薦所見

〔目的意識、心身健康状態、家庭環境、人物評価適性、生活態度、クラブ活動、学習成績など〕

記載責任者氏名〔クラス担任教諭〕

印