**推薦書**

令和 　 年 　月　 日

独立行政法人国立病院機構

四国こどもとおとなの医療センター附属

**善通寺看護学校長　殿**

学校所在地

学校名

学校長名　 　 　 　　㊞

下記の者を貴校推薦入学の適格者として認め推薦します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 志願者  氏名 | ふりがな | 生年月日  年　　月　　日  昭和  平成 | 性別  男・女 |
| 推薦理由 | | | |

※ 本書は厳封にして下さい。