④ 高校推薦

年　　　　　月　　　　　日

佐賀市医師会立看護専門学校長　様

住所　　〒　　　　－

学校名

学校長　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　㊞

**推薦書**

下記の生徒を貴校看護高等課程（准看護科）への推薦入学の志願者として認め

推薦致します。

記

1. 被推薦者

氏名

生年月日

1. 推薦理由