【様式３】

|  |
| --- |
| * 受験番号 |
|  |
|  |
|  |

**推　　薦　　書**

※欄は記入しないでください。

（　　　）指定校制・（　　　）公募制

いずれかに〇をつけてください

　　　　西暦　　　　　年　　　月　　　日

独立行政法人国立病院機構

栃木医療センター附属看護学校長 殿

　　　　　学校名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　学校長名　　　　　　　　　　　　　　公印

　下記の者は、貴校の看護教育を受けるにふさわしい者と認めますので、理由を付して

推薦いたします。

記

（ふりがな）

学生氏名　　　　　　　　　　　　　　　　（西暦　　　 年　　 月　 　日生）

推薦理由（具体的にご記入ください）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |