（指定校型・公募型推薦用）

受験番号 ※

**高等学校推薦書**

年　　月　　日

**高知健康科学大学学長　様**

学 校 名

校 長 名　　　　　　　　　　　　　㊞

**下記の者は、出願資格を満たしているので、ここに推薦いたします。**

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| フリガナ |  | 　　　　年　　月　　日生 |
| 氏　　名 |  | （満　　　　　歳） |
| 2026年 3 月　　 　　科（課程） 　卒業見込　 |
| 推薦理由　　 |
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
|
| 記載責任者氏名 | 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |

　※推薦理由は、性格、適性、行動など本大学への入学を適当とする参考所見