

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

印

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		印

※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