

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おり貴大学リハビリテーション学科に適する者と認め、ここに推薦いたします。

フリガナ		年 月 日生
氏名		(満 歳)
2025年 3 月	科 (課程)	卒業見込
出願資格チェック項目 (①～⑤すべて満たしていること)		チェック欄 ○×
①2025年3月卒業見込で専願で貴大学に入学する意思を持つ者		
②調査書の全体の学習成績の状況が3.5以上の者		
③出席状況が良好なこと		
④部活動やボランティア活動、あるいは各種検定資格の取得等、高校生活において特別な活動に取り組んでいる		
⑤貴大学のオープンキャンパスまたは大学見学に本年度1回以上参加している者		
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