

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、貴大学 理学療法
作業療法 学専攻に適する者と認め、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
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相当とする参考所見