推 薦 書

20　　年　　月　　日

**岡山医療専門職大学 学長 殿**

**学　 校　 名**

**学校長御芳名**

**下記の者は、貴大学 推薦型選抜志願者として適格と認め推薦いたします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏 名 |  | 志望学部・学科（〇印をつけてください） | |
|  | 健康科学部理学療法学科 |
| 生年月日  （西暦） |  |  | 健康科学部作業療法学科 |
| 選抜区分 | 指定校制推薦　公募制推薦（いずれかにをお願いいたします。） | | |
| 推薦理由 | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |
|  | | | |

**岡山医療専門職大学**