

※受験番号

推 薦 書

明治東洋医学院専門学校長 殿

住 所 _____

受験者氏名 _____

(西暦 年 月 日生)

上記の者、人物・学力とも優秀につき、将来の医療人として
適任と思われますので、貴校に推薦いたします。

年 月 日

推 薦 者

住 所 _____

電話番号 _____

氏 名 _____ 印

卒業学校名 (いずれかに○印を付けてください。)	1. 明治東洋医学院専門学校 2. 明治国際医療大学
卒業学科	学部 学科 卒業
卒業年(卒業生記載)	昭和・平成 年 卒業