

※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<br>(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<br>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・令和 年 卒業                 |