

※	学校推薦型選抜(指定校推薦)	歯科衛生学科	受	この欄は記入しないこと
	学校推薦型選抜(公募推薦)		験	
	学校推薦型選抜(離島推薦)		番	
※いずれかに○印をご記入ください。			号	

推 薦 書

令和 年 月 日

福岡医療短期大学長 殿

被推薦者氏名

昭和・平成 年 月 日生

上記の者は、本校在学中の成績が優良で人物、健康共に優れ、はっきりとした目的意識を有しているので、貴学の入学適格者として推薦いたします。

学 校 名

学 校 長 名

(学長又は学部長)

職印

人物に関する所見				
課外活動状況				
*学習や活動の成果を踏まえ、次の事項に関する評価を記載してください。				
知 識 ・ 技 能				
思考力・判断力・表現力				
主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度				
特記事項 (努力を要する点や指導において特に配慮を要する点等あれば記入してください。)				
学 年	学業成績順位	欠席日数	遅刻・早退回数	備 考
1 年	人中 位	日	回	
2 年	人中 位	日	回	
3 年	人中 位	日	回	
記 載 責 任 者	(印)			

【注1】学業成績順位等の欄は、高等学校又は中等教育学校卒業及び卒業見込の資格で受験する者のみ記入してください。
【注2】本推薦書は、成績証明書又は調査書とともに厳封してください。