

※	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	
<h1>推 薦 書</h1> <p style="text-align: right;">令和 年 月 日</p> <p>福岡医療短期大学長 殿</p> <p style="text-align: right;">被推薦者氏名</p> <p style="text-align: right;">昭和・平成 年 月 日生</p> <p>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。</p> <p style="text-align: center;">学 校 名</p> <p style="text-align: center;">学 校 長 名 (学長又は学部長)</p> <p style="text-align: right;">職印</p>				
人物に関する所見				
課外活動状況				
*本学のアドミッション・ポリシーに対応する志願者本人の学習歴や活動歴を踏まえた学力の三要素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・表現力等				
主体性を持ち、多様な人々と協働しつつ学習する態度				
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。)				
記載責任者		(印)		

【注】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。