

推薦書（公募制）

平成 年 月 日

植草学園大学長 殿
植草学園短期大学長 殿

高等学校名

学校長名

印

下記の者は、貴学推薦入学試験の出願資格を満たすと認め、推薦いたします。

フリガナ
氏名

男・女

生年月日 平成 年 月 日生

卒業年月 平成 年 月 日卒業見込

志望する学部・学科・専攻に○印をつけてください。

	植草学園大学	発達教育学部	発達支援教育学科
	植草学園大学	保健医療学部	理学療法学科
	植草学園短期大学	福祉学科	地域介護福祉専攻
	植草学園短期大学	福祉学科	児童障害福祉専攻