

# 推 薦 書 (指定校制)

年 月 日

植草学園大学長 殿

植草学園短期大学長 殿

学校名 \_\_\_\_\_

校長名 \_\_\_\_\_

印 \_\_\_\_\_

下記の者を、貴学の推薦入学（指定校制）志願者として、責任をもって推薦いたします。

志望学部・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 リハビリテーション学科 理学療法学専攻
	植草学園大学 保健医療学部 リハビリテーション学科 作業療法学専攻
	植草学園短期大学 福祉学科 児童障害福祉専攻

フリガナ		性別	生年月日（西暦）
氏名		男・女	年 月 日

**推薦理由** (1) 学業について (2) 人物について (3) 主体的に取り組んだことなど、それぞれ記入してください。

--

**諸活動の内容等**

--