

推薦書（植草学園大学附属高等学校特別選抜試験）

年 月 日

植草学園大学長 殿

学校名 植草学園大学附属高等学校

校長名 印

下記の者を、植草学園大学附属高等学校特別選抜試験の志願者として、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
	植草学園大学 看護学部 看護学科

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