

令和 年 月 日

推薦書

静岡県立看護専門学校長 様

施設名

所在地

代表者職氏名

印

下記の者を貴校助産学科推薦入学の資格要件に該当すると認め、責任をもって推薦します。

記

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和・平成 年 月 日生
推薦理由（人物、学業成績、就業態度、助産師への意志等）	
(記入責任者 職・氏名)	
印	
※以下は社会人のみ記載してください。	
就業の始期	昭和・平成・令和 年 月 日から
現在の職務内容	