（病院推薦用）

※受験番号

※欄は記入しないこと

推　薦　書

年　　月　　日

佐久大学 学長　殿

施　設　名

所　在　地

推薦人　職 名

氏 名　　公印

貴学入学を希望する下記の者は、学業・人物ともに優れており、責任を持って入学志願者として推薦いたします。

ふりがな		性　別	生年月日	平成 年　月　日
氏　名		男・女		
高校卒業（卒業見込） 年　月	年　月　卒業・卒業見込			
課　程	全日制・定時制 通信制・単位制	学　科	普通科・専門（　　）科・総合科 コース	

推薦理由

記載者氏名　　印

○施設長名の公印をお願いします。
○厳封のうえ志願者へお渡しください。