

注：本様式は、指定校推薦入試には使用できません。

3年課程推薦

本人秘

受験番号

※記入しないでください

2025 年度推薦入学試験

推薦書

京都府医師会看護専門学校長 様

志願者	ふりがな		生年月日	西暦	年	月	日
	氏名						

上記の者は、貴校の推薦条件を満たす者として、京都府医師会看護専門学校看護専門課程看護学科3年課程への進学に適すると認め推薦します。

西暦 年 月 日

学校名

所在地

学校長名

印

特記事項
