

入試区分	医療機関推薦型選抜入試
※受験番号（記入しないでください）	

令和 年 月 日

# 推 薦 書

イムス横浜国際看護専門学校  
学 校 長 殿

病 院（施 設）名  
所 在 地  
電 話 番 号  
病院長（施設長）氏名

印

下記の者は、貴校が実施する医療機関推薦型選抜入試出願資格に該当する者と認め責任をもって推薦いたします。

記

志 願 者	フリガナ 氏 名	
	生年月日	年 月 日
(推薦理由)		

記載者氏名