

入試区分	総合型選抜入学試験 (医療機関関係者推薦)
※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、貴校が実施する総合型選抜入学試験（医療機関関係者推薦）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 (職位)

(ご氏名)