

施設代表者推薦書

令和 年 月 日

学校法人 八文字学園
水戸看護専門学校

学 校 長 殿

所 在 地

法 人 名

病院・施設名

病 院・施 設
代 表 者

公 印
・
法人印

下記の者を貴校への入学者として、適する者と認め推薦いたします。

志願者名

生年月日

昭和
平成

年

月

日