

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）