2027年度 国際医療福祉大学

学校推薦型選抜［指定校制］

指

推　薦　書

西暦　　年　月　日

国際医療福祉大学　学長殿

学校名

学校長　　公印

下記の者は、貴大学の入学適格者と認め、責任をもって推薦いたします。

記

氏　名	

※志望する学部・学科に√を記入してください。

栃木県	保健医療学部	□看護学科　□理学療法学科 □作業療法学科　□言語聴覚学科 □視機能療法学科　□医学検査学科 □放射線・情報科学科
	医療福祉学部	□医療福祉・マネジメント学科
	薬学部	□薬学科
千葉県	成田看護学部	□看護学科
	成田保健医療学部	□理学療法学科　□作業療法学科 □言語聴覚学科　□医学検査学科 □放射線・情報科学科
	成田薬学部	□薬学科
東京都	赤坂心理・医療福祉マネジメント学部	□心理学科 □医療マネジメント学科
神奈川県	小田原保健医療学部	□看護学科 □理学療法学科 □作業療法学科
福岡県	福岡保健医療学部	□看護学科　□理学療法学科 □作業療法学科　□医学検査学科
	福岡薬学部	□薬学科

●学力の三要素を踏まえ、志願者の特徴や性格、これまで取り組んできた諸活動の成果等、推薦するに至った優れた内容を記載してください。

●努力を要する点や指導上特に配慮を要する点がある場合は、志願者の個別事情の把握のため**その内容を記載してください。**

●高校３年間を通して欠席日数が15日以上の場合は、その理由を具体的に記載してください。

※散発的（欠席が１日～続けて３日程度）な欠席の積み重ねである、頻回的あるいは長期的であっても改善している等々でも、現在の状況や学年毎の経過等を記載してください。

記載者と志願者との関係	記載者の職位	記載者の氏名
		㊞

（注）パソコンで作成していただいても結構です。記入・捺印の上、厳封して志願者へお渡しください。
本学ホームページ上（https://admissions.iuhw.ac.jp/paper/suisen01.html）からWord形式と入力可能なPDF形式のデータがダウンロードできます。