

推薦書

国際医療福祉大学 学長殿

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	<input type="checkbox"/> 看護学科	<input type="checkbox"/> 理学療法学科
		<input type="checkbox"/> 作業療法学科	<input type="checkbox"/> 言語聴覚学科
		<input type="checkbox"/> 視機能療法学科	<input type="checkbox"/> 医学検査学科
		<input type="checkbox"/> 放射線・情報科学科	
	医療福祉学部	<input type="checkbox"/> 医療福祉・マネジメント学科	
	薬学部	<input type="checkbox"/> 薬学科	
千葉県	成田看護学部	<input type="checkbox"/> 看護学科	
		<input type="checkbox"/> 理学療法学科	<input type="checkbox"/> 作業療法学科
		<input type="checkbox"/> 言語聴覚学科	<input type="checkbox"/> 医学検査学科
		<input type="checkbox"/> 放射線・情報科学科	
	成田薬学部	<input type="checkbox"/> 薬学科	

東京都	赤坂心理・医療福祉 マネジメント学部	<input type="checkbox"/> 心理学科	<input type="checkbox"/> 医療マネジメント学科
神奈川県	小田原保健医療学部	<input type="checkbox"/> 看護学科	<input type="checkbox"/> 理学療法学科
		<input type="checkbox"/> 作業療法学科	
福岡県	福岡保健医療学部	<input type="checkbox"/> 看護学科	<input type="checkbox"/> 理学療法学科
		<input type="checkbox"/> 作業療法学科	<input type="checkbox"/> 医学検査学科
	福岡薬学部	<input type="checkbox"/> 薬学科	

推薦理由

特記事項（人物の特徴・性格・諸活動の内容等）

西暦 年 月 日

推薦者氏名 ㊟

住所 〒 TEL

志願者との関係

(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/suisen02.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。