

2024 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	
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"/> 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 <input type="checkbox"/> 全5コース対応指定校枠 <input type="checkbox"/> 介護福祉コース限定指定校枠
	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
	成田保健医療学部 <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

※志望する学部・学科に✓を記入してください。

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

- 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、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□。

--

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/exam/>) 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。

