**国際医療福祉大学**

指

|  |
| --- |
| **介護福祉特別専攻科** |
| **学校推薦型選抜［指定校制］用** |

公

**2024年度**

推　薦　書

日付を選択

記載日

国際医療福祉大学　学長殿

学校名を入力してください。

　　　　　　　　　　　　　 　 学校名　　　　　　　　　　　　　　 　　　　印

学校長名を入力してください。

学校長　　　　　　　　　　　　　　　　　　 公印

下記の者は、国際医療福祉大学介護福祉特別専攻科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 | 氏名 |

●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  志願者との関係を入力してください。 | 記載者の職位  職位を入力 | 記載者の氏名  記載者氏名を入力してください。  ㊞ |

ここをクリックしてテキストを入力してください。

（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/cw/index.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。