

(様式 - 2)

推 薦 書

平成 年 月 日

札幌医学技術福祉歯科専門学校長 様

施設（事業）等種類 _____

施設名・機関名 _____

所在地 _____

施設・機関の代表者名 _____ 公印

下記の者は、貴校社会福祉士通信課程の学生として適格と認めますので、選考の上、入学を許可願
いたく推薦いたします。

フリガナ	生年 月日	昭和 平成	年	月	日	性別	男 ・ 女
氏 名							
推 薦 理 由	(社会福祉についての業績、人物、特技等について推薦の理由を明記してください。)						

推 薦 書 作 成 者	所 属 ・ 役 職 等			氏 名			認 印 Ⓜ