

(西暦) 年 月 日

大阪保健医療大学 学長殿

学 校 名

(〒 -)

所 在 地

電 話 - -

学校長名 印

記載責任者 印

下記の者を、貴学への入学を適格と認め推薦いたします。

フリガナ		
氏名	姓	名
生年月日	(西暦) 年 月 日	生

学力の3要素（「知識・技能」「思考力・判断力・表現力」「主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度」）に関する評価を踏まえ、推薦者の学習や各活動の実施状況、および推薦理由について記載してください。

また、当該学生の努力を要する点などについても、その後の指導において特に配慮を要するものがあれば記載してください。

人物所見 ・ 推薦理由 ・ 本人について特記事項 (資格・文化活動・ボランティアなどの社会活動・生徒会活動・課外活動など顕著な活動歴や成果などがあれば具体的に記載してください。)	

※必要に応じ裏面を利用してください

※パソコン等で入力したものを印刷する際には裏面に収まるように貼付した上で、記載責任者の割印を1カ所ご捺印ください

受験番号※記載不要