

推薦書

西暦 年 月 日

学校法人 経専学園
経専医療事務薬業専門学校
校長 中田靖泰 殿

志願者氏名

生年月日 西暦 年 月 日生

上記の者は西暦 年3月本校 科を(卒業・卒業見込)の者で貴校への進学を適すると認め推薦いたします。

学校所在地	〒 - 電話 () -
学校名	
学校長名	印