推　　薦　　状

推 薦 者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 所　在　地 |  | |
| 団体等名称 |  | |
| 代　表　者 |  | ㊞ |

　下記の者を貴学の学生として推薦いたします。

記

（本状の作成にあたっては、募集要項「Ⅵ 推薦選抜」を参照してください。）

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| フリガナ |  |  | 年 |  | 月 |  | 日生\*1 |
| 受験者氏名 |  |
| 受験する  専攻・コース~~\*2~~ | 社会健康医学専攻修士課程　~~・　　聴覚・言語コース~~ | | | | | | |
| 人物評価（受験者の業務内容と実績、業務に対する姿勢等）＊3 | | | | | | | |
|  | | | | | | | |

|  |
| --- |
| 修学にあたって受験者に期待すること＊3 |
|  |

\*1 生年月日は西暦で記入してください。

~~\*2 「社会健康医学専攻修士課程」「聴覚・言語コース」のいずれかを○で囲んでください。~~

\*3 必要に応じて記入欄を拡げてください。

記載責任者

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | | |
| 所属名 |  | | |
| 役職名 |  | | |
| 所属所在地 | 郵便番号（ |  | ） |
|  | | |
| 電話番号 |  | | |