

令和8年度 推薦書

年 月 日

西日本教育医療専門学校長 様

学 校 名 _____

校 長 名 _____ 印

下記の者、貴校専門課程の推薦基準に値しますので推薦いたします。

- ☐ こども未来学科(夜間)(3年課程)
☐ 視能訓練士学科(3年課程)
☐ 医療事務管理士学科(1年課程)

記

受験者氏名 _____

推薦理由

記載責任者

印