

# 令和9年度 学校推薦入試 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)