（様式２）

特 待 生 入 学 推 薦 書

令和　　　　年　　　　月　　　　日

函館歯科衛生士専門学校

校 長　　奥　ひ ろ み　　様

高等学校名　：

学校長名　：

下記の者は，貴校の特待生入学試験を受験するのに適格であると認めますので推薦致します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふ り が な |  |  | 生年年日 | 平成　　　年　　　月　　日生 |
| 氏　　　　　名 | （姓） | （名）　 |
| 現　 住　 所 | 〒 |
| 在校中の活動及び家庭状況等に関する特記事項 |
| 推薦理由 |
|  |  | 記載責任者 | 　　 |