推　　薦　　書

令和　　　年　　　月　　　日

独立行政法人

国立病院機構　東名古屋病院

附属リハビリテーション学院

　　　　　　　　　　学院長　　様

学校所在地

学　校　名

校　長　名　　　　　　　　　　　　　　㊞

　下記の生徒は、貴校（ 理学療法・作業療法 ）学科への入学が適当と認められるので推薦いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふ り が な  氏　　　名 |  | 年　　　　　月　　　　　日生  　　　　　　　　　　　　　 男 ・ 女  卒 業 見 込　 ・　 卒 業 |
|  |
| （推薦理由） | | |
| （適性・関心・活動） | | |
| （人物所見） | | |
| （その他参考事項） | | |