

2027年4月入学者用

## 施設代表者推薦書

作成日 西暦 年 月 日

学校法人 麻生塾

専門学校麻生看護大学校

校 長 殿

法人名・施設名	
施設所在地	〒 -
施設代表者名	役職 印 (公印)
電話番号	-

当施設に現在勤務中の下記の者は貴校への入学を希望しており、推薦に値するものと認め、推薦いたします。

氏 名	
生年月日	西暦 年 月 日生
就業期間	西暦 年 月 日～作成日現在勤務中

\*出願者本人が記入・修正したものは無効となります。

\*枠内の事項を記入してください。

\*施設代表者は、理事長、院長、施設長等の代表者に限ります。

\*印鑑は「公印」「施設印」をお願いします。(個人印、認印の場合、公印であることを確認する場合があります)