

推 薦 書

受 験 番 号	※
------------	---

※記入不要

西暦 年 月 日

大阪物療大学 学長 殿

高等学校名

所在地

校長名

印

下記の者は貴学における学校推薦型選抜の出願資格を満たしており、責任をもって推薦いたします。

ふりがな		生年月日
受験者氏名		西暦 年 月 日
現住所		
推薦理由		