推　　薦　　書

年　　　月　　　日

独立行政法人国立病院機構

姫路医療センター附属看護学校長　　様

学 校 名

 学校長名　　　　　　　　　　　印

下記の者を貴校、指定校推薦入学の適格者として推薦します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 志願者氏　名 |  | 生 年月 日 | 年　　　月　　　日 |
|  |