

(様式2)

推 薦 書

西暦 年 月 日

学校法人 佑 愛 学 園
愛知医療学院大学

学 長 横 尾 和 久 殿

学校名

学校長名



貴大学における推薦入学制度の適格者として、下記の者を推薦いたします。

氏 名

西暦 年 月 日生

受験番号 *

推薦理由（本人の学習歴や活動歴を踏まえた「知識・技能」「思考力・判断力・表現力」「主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度」に関する評価もあわせてご記入ください。）

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

記載責任者

