

平成30年度（2018年度）

医療関係従事者推薦
(専願)

受験 番号	※
----------	---

2017年 月 日

推 薦 書

京都医療科学大学学長 殿

施設名
(医療機関)

住所(所在地)

氏名

印

下記の者を、貴大学の推薦入試志願者として適格と認め、推薦いたします。

ふりがな	西暦		男・女
氏 名	年	月 日	生
推薦理由			
人物の特徴 (性格他)			
志願者との 関係			
推薦者の職位・ 免許証番号	職 位	医師番号	
		診療放射線技師 番号	

- [記入方法]
1. 推薦者ご本人が記入してください。
 2. ※印欄は記入しないでください。
 3. 発行にあたっては、厳封してください。