

2019年度

医療関係従事者推薦  
(専願)

受験 番号	※
----------	---

2018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。