|  |
| --- |
| * 受 験 番 号 |

**推　　 薦　　 書**

　　　年　　　月　　　日

新潟リハビリテーション大学　学長　殿

高等学校名

学校長名　　　　　 　　　 　 公印

下記の生徒は貴学の「アドミッション・ポリシー」に適すると判断し、推薦いたします。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| ふりがな | | 科 | 志望専攻に印をつけてください   * 理学療法学専攻 * 作業療法学専攻 * ﾘﾊﾋﾞﾘﾃｰｼｮﾝ心理学専攻 | |
| 氏 名 | |
| 年　 月　卒業見込 |
| 大学教育を受けるために　必要な能力・意欲・適正等について |  | | |
| 福祉・医療に対する  関心の程度 |  | | |
| 入学後に努力を要する点や　指導上、特に配慮等が　　　　必要な点 |  | | |

※印欄は記入不要