

該当する推薦種別に○印をつけてください

	指定校推薦		高等学校推薦		歯科医院・歯科技工所推薦
--	-------	--	--------	--	--------------

推 薦 書

年 月 日

熊本歯科技術専門学校 校長 殿

学校名（機関名）

所在地

校 長（責任者名）

印

下記の者は、貴校の推薦基準に該当し、成績、人物ともに優れ貴校の学生として相応しい者と認められるので推薦いたします。

出願者氏名	生 年 月 日	
	年	月 日
出 願 科 名 (✓を入れる)	<input type="checkbox"/> 歯科技工士科	<input type="checkbox"/> 歯科衛生士科
推薦所見		
	記載者	印

※ご記入いただいた個人情報は本校の教育活動以外の目的には使用しません。

受験番号	※記入不要
------	-------