

高等学校推薦書

(鉛筆不可、黒の筆記具使用)

2026 年度 新潟医療福祉大学
学校推薦型選抜（公募制）

受験番号

※記入しないでください

(西暦) 2025 年 月 日

新潟医療福祉大学 学長 殿

高等学校名

学 校 長 名

公印

記載責任者の
職位と氏名

印

下記の志願者を貴学の入学適格者と認め、責任をもって推薦いたします。

フリガナ		男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日	志願学部学科	学 部
氏 名			卒業年月	(西暦) 年 月 卒業		学 科
推薦理由	※「本学アドミッション・ポリシー」や「学力の3要素」に関する評価等を踏まえて、ご記入ください。 					
生活態度 クラブ活動 その他特記事項	※表彰・受賞、取得資格、生徒会活動、ボランティア活動等、特記すべき事項について、記入してください。 					

○ 署名・捺印のうえ、厳封して志願者へお渡しください。