受験用番号	※

学 校 推 薦 書

学校法人　大和学園
京都栄養医療専門学校
校 長　影 山　　弘 典　様

西暦　　年　　月　　日

学校所在地

学　校　名

校　長　名　　㊞

下記の者を貴校への入学に適する者と認め推薦いたします。

フリガナ		性　別
氏　　名		男 ・ 女
生年月日	西暦　　年　　月　　日　生	
推薦理由		
記載者名	（自著）	

注：※印欄は記入しないでください。

（2026年度生用）