

推薦型選抜

※油性のボールペンでご記入ください。

学生自己推薦書

学校法人岩崎学園
横浜実践看護専門学校
校長 殿

私は貴校の選抜基準（大学、短期大学、2年制以上の専門学校を卒業見込みまたは卒業後3年以内）に適しており、学生・社会人対象 推薦型選抜「学生自己推薦」に志願いたします。

記

志願者名

出身高等学校名

西暦 年 月 卒業

大学・短期大学・2年制以上の専門学校名

西暦 年 月 卒業 ・ 卒業見込み

志願理由

受付年月日

選考日

受験番号

※太枠内は記入しないでください。