

受験番号

※

※記入しないでください

(西暦) 年 月 日

東邦大学薬学部長 殿

学校名

校 長

職印

推 薦 書

以下の者は貴学部推薦入学の適格者と認められるので、
推薦いたします。

フリガナ		(西暦) 年 月 日生
氏 名		
学 業 成 績 人 物、その 他 に関 する 所 見		
記載責任者		印

※手書きの場合はボールペンで記入してください (消せるボールペンは不可)。

※A4サイズで印刷してください。