

# 指 定 校 推 薦 書

令和 年 月 日

今村学園ライセンスアカデミー学校長 殿

学校名 \_\_\_\_\_

学校長 \_\_\_\_\_

(印)

下記の者は、貴校の指定校推薦入学に適するものと認め、推薦いたします。

ふりがな		生年月日	性別
氏名		平成 年 月 日生	男・女
現住所	〒 -		
志望学科	<input type="checkbox"/> 栄養士科 <input type="checkbox"/> パティシエ科 <input type="checkbox"/> 調理師科2年コース <input type="checkbox"/> ダブルライセンスコース <input type="checkbox"/> 調理師科1年コース		
推薦理由	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/>		
記載責任者	(印)		