

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	<div><input type="checkbox"/> 栄養士科 <input type="checkbox"/> パティシエ科</div> <div><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</div> <div><input type="checkbox"/> 調理師科1年コース</div>		
推 薦 理 由	<div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div> <div></div>		
記 載 責 任 者	(印)		