

学 科 名： <input type="checkbox"/> 食物栄養学科	<input type="checkbox"/> 幼児保育学科
推薦区分： <input type="checkbox"/> 指定校推薦	<input type="checkbox"/> 公募制推薦
選抜区分： <input type="checkbox"/> 第1期	<input type="checkbox"/> 第2期

↑ 該当する□に✓を記入してください。

受験番号	※
------	---

※印の欄には記入しないでください。

# 推 薦 書

令和      年      月      日		
青森中央短期大学学長 殿		
学校名		
学校長名		印
下記の者は                      年      月本校卒業（見込）の者で 貴学への進学に適する者と認め推薦いたします		
フリガナ		生年月日                      年      月      日  (満      歳)
氏 名		
志望学科	学科	
推 薦 理 由		
※学業成績や取り組む姿勢、部活動、ボランティア活動の成果を踏まえた「学力の3要素」に関する評価を含めて ご記入をお願いいたします。		