

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。