西暦　　年　　月　　日

（公募制学校推薦型選抜用）

推　薦　書

フェリシアこども短期大学

学長　　百瀬　志麻　殿

学校名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

１．学校長
２．進路指導部長
３．学年主任
４．クラス担任　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

※上記いずれか該当する推薦者の番号を○で囲んでください。

下記の者は、貴学の公募制学校推薦型選抜出願者として適格であると認め、ここに推薦いたします。

フリガナ		受験番号
氏　　名		※短大記入
生年月日	西暦　　年　　月　　日　生	
卒業年月日	西暦　　年　　月　　日　卒業見込	

所見・推薦する理由など

入学志願者の学習歴や活動歴を踏まえた学力の３要素に関する評価や、生徒の努力を要する点などその後の指導において特に配慮を要するものがあればその内容についても記載してください。

記載責任者職名・氏名　＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

●個人情報の取り扱いについて

本学の選抜試験において得られた氏名・住所等の個人情報は、入学者の選抜および入学後の学生管理のために使用します。
本人の同意なく、第三者に提供することはありません。