［2024 年度 鍼灸マッサージ教員養成科用］

受験番号	※

推 薦 書

年　　月　　日

東京医療専門学校
学校長　殿

［推薦者］
所在地

養成校名

学校長・学科長　　印

下記の者は、人物、学力ともに貴校への進学に適すると認め推薦します。

志願者氏　名	フリガナ **氏　名**		**生年月日**	年　月　日（　歳）　男　女
保有または取得見込資格	**はり師・きゅう師・あん摩マッサージ指圧師** （該当を〇で囲んでください）			
推薦理由	**［本校鍼灸マッサージ教員養成科への進学理由と卒業後の進路見込みをふまえご記入ください］**			