

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

高等学校名 _____

1. 学 校 長
2. 進路指導部長
3. 学 年 主 任
4. クラス担任 _____ (印)

※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入学者として適格であると認めますので推薦いたします。

フリガナ		受験番号
氏 名		※
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		
<small>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。なお、新型コロナウイルス感染症の発生により、大会が中止・延期等となったり、資格・検定試験等を受験できなかったりした場合、入学志願者の成果獲得に向けた努力のプロセスについての記載をお願いいたします。</small>		

※印欄は記入しないでください。

記載責任者職名・氏名 _____ 印 _____

●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籍管理のために利用します。本人の同意なしに第三者に提供することはありません。