

# 推薦書

歯科医師特別推薦  歯科医師推薦

年 月 日

学校法人 札幌青葉学園  
北海道歯科衛生士専門学校長 殿

下記の者は、心身ともに健康で、貴校への入学を希望しております。  
その進路を適当と認め、本人の今後に期待して推薦いたします。

ふりがな	
氏名	
生年月日	昭和 年 月 日生 平成

所在地

歯科医院名

歯科医師名

印