

* 受験番号

歯 科 医 師 会 推 薦 書

医療創生大学歯科衛生専門学校
学校長 田島 聖士 様

(西暦) 年 月 日

郡市区歯科医師会

歯科医院名

歯科医師名

印

住所

下記の者は貴校への進学を希望しており、人物・身体ともに良好と認められることから推薦いたします。

フリガナ		(西暦) 年 月 日卒業見込み	
氏 名			
性 別	☐ 男 ☐ 女	生年月日	年 月 日
志望学科	☐ 歯科衛生第Ⅰ学科 ☐ 歯科衛生第Ⅱ学科		
所 見			