

推薦書

年 月 日

新東京歯科技工士学校
新東京歯科衛生士学校
学 校 長 殿

歯科医院名
企業名

印

代表者名

印

卒業生推薦者名

印

(新東京歯科 _____ 学校 _____ 年3月卒業)

所在地

電話番号

※歯科医院・歯科技工所の印は公印としてください

下記の者は貴校への進学に適する者と認め
推薦いたします。

記

| | |
|-------|---|
| 志願者氏名 | |
| 志望学科 | <input type="checkbox"/> 歯科技工士科I部 歯科技工士専攻 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士科I部 <input type="checkbox"/> 歯科技工士科午後部 3DCG・CADデザイナー専攻 <input type="checkbox"/> 歯科衛生士科II部 <input type="checkbox"/> 歯科技術予備教育科 進学サポート専攻 |

| |
|--|
| 所見 |
| ----- ----- ----- ----- ----- ----- |
| 推薦者名 |
| ----- 印 |

※「所見」は必ずご記入ください