

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

学校名 印

学校長・推薦者名

所在地

電話番号

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	<hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> <hr/> 記載者名 印
----	--

※「所見」は必ずご記入ください