|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

2024年度　大阪河﨑リハビリテーション大学

学校推薦型選抜指定校制

 ※欄は記入しないでください。

**推　　薦　　書**

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

大阪河﨑リハビリテーション大学長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 所在地　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 |  |
| 学校名 |  |
| 学校長名　　　　　　　　　　　　　　　　 | ㊞ |

下記の生徒は、貴学の学校推薦型選抜指定校制の要件に該当すると認め、責任をもって推薦いたします。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 志願者氏名 |  | ( 男 ・ 女 ） | 生年月日 | 西暦　　 　　 　年　　 　月　　 　日 |
| **推薦理由**アドミッションポリシーを理解したうえで、本人の志望理由（志望動機、本学入学後の目標、卒業後の将来の夢）を確認の上、学力の3要素「知識・技能」「思考力・判断力・表現力」「主体性を持って多様な人々と協働して学ぶ態度」の評価を踏まえ、推薦する理由を記入してください。 |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
| **その他（配慮事項等）** |
|  |
|  |
|  |
|  |

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入責任者　（職名）　　　　　　　（氏名）　　　　　　　　　　 　㊞