2025 年度　大阪河﨑リハビリテーション大学
学校推薦型選抜 大阪府児童養護施設推薦型

受験番号	※

※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

施設名

施設長名　　㊞

下記の者は、貴学の学校推薦型選抜 大阪府児童養護施設推薦型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 本人の志望意欲やこれまでの生活状況等についてできるだけ詳しく記入してください。			
その他（配慮事項等）			

記入責任者　（職名）　　（氏名）　　㊞