**青森県ヘアアーチスト専門学校**

**推　薦　書**

令和　　年　　月　　日

青森県ヘアアーチスト専門学校

学　校　長　　殿

学校名

所在地

学校長　　　　　　　　　　　　　　　　　印

下記の生徒を貴校昼間課程の入学志願者として適格と認め、推薦致します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏　　名 |  |
| 生年月日 | 平成　　　年　　　月　　　日生　　　　　　　　　　満　　　歳 |
| 学 校 名 | 立　　　　　　　　　　　高等学校　　　　　　　　科 |
| 卒業見込 | 令和　　　年　　　月 |

**推　薦　所　見**

目的意識、心身状態、人物評価、生活態度、部活動、学習成績など

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

記載責任者氏名(担当教諭)　　　　　　　　　　　　　　　印