

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