

受験番号

(記入しないでください)

2025年度 茨城キリスト教大学看護学部  
地域特定推薦入学推薦書

2024年 月 日

茨城キリスト教大学長 殿

市町村名

市町村長名

公印

下記の者は、貴大学看護学部看護学科への入学を第一に希望し、卒業後は当市町村の保健・医療・福祉の分野へ貢献する意思を持っております。よって、地域特定推薦入学試験の出願にふさわしい人物と認め、責任をもって推薦いたします。

記

(フリガナ) 氏名	( ) 男・女	生年月日	(西暦) 年 月 日
--------------	------------	------	---------------

- (注) 1. 氏名、性別および生年月日は志願者本人が自筆で記入してください。  
2. この推薦書は、「志望理由書(地特様式3)」とともに、推薦者が封筒に入れて厳封してください。  
3. 居住地等の記載証明書により居住地の確認(出願期間の最終日の1年前から引き続き居住する者)をしてください。