

受験番号*	
-------	--

* 本学記入

入学推薦書

令和 年 月 日

岐阜保健大学長 殿

高等学校名

校長名

印

下記の者は、本校在籍中の成績及び人物が優秀であり、出願要件に照らして、
貴学において大学教育を受けるにふさわしいと確信し、責任をもって推薦致します。

志望学部・学科	<input type="checkbox"/> 看護学部看護学科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション学部理学療法学科 <input type="checkbox"/> リハビリテーション学部作業療法学科		
入試区分	<input type="checkbox"/> 指定校制推薦入試 <input type="checkbox"/> 専門学科、総合学科推薦入試 <input type="checkbox"/> 公募制推薦入試 () 期		
フリガナ			学習成績の状況
氏名			

入学志願者の学習や活動の成果を踏まえた学力の3要素に関する評価を記載してください。

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
評価 (該当する項目に レ点をつけてください)	<input type="checkbox"/> 非常に優れている <input type="checkbox"/> 優れている <input type="checkbox"/> 普通である <input type="checkbox"/> やや劣っている <input type="checkbox"/> 劣っている	<input type="checkbox"/> 非常に優れている <input type="checkbox"/> 優れている <input type="checkbox"/> 普通である <input type="checkbox"/> やや劣っている <input type="checkbox"/> 劣っている	<input type="checkbox"/> 非常に優れている <input type="checkbox"/> 優れている <input type="checkbox"/> 普通である <input type="checkbox"/> やや劣っている <input type="checkbox"/> 劣っている
入学後の指導において 特に配慮を要するものが あれば記載してください。			