

青 丹 紹 介 制 度

紹 介 状

年 月 日

関西学研医療福祉学院 学院長 殿

在籍/卒業校 ☐ 関西学研医療福祉学院 ☐ ヴェールルージュ美容専門学校

学 科 名 _____ 学科 _____ 年度（卒業・入学） _____

紹介者氏名 _____ ⑨

住 所 _____

携帯番号 _____

メールアドレス _____

※紹介いただいた方へメールもしくはショートメッセージでご連絡する場合がございますので、
必ず連絡のつくメールアドレスと携帯番号のご記入をお願いします。

下記の通り、関西学研医療福祉学院の入学試験に受験者を紹介いたします。

記

受験者氏名 _____

受験学科（チェックをつけてください）

☐ 介護福祉学科 ☐ 作業療法学科 ☐ 理学療法学科 ☐ 言語聴覚学科 ☐ 看護学科

紹介者との関係 _____

以上

※出願の際にこの紹介状を同封してください。

（ただし、AO 入試を受けられる方はエントリー時に郵送もしくは持参してください。）

※他の優遇制度との併用はできません。

関西学研医療福祉学院