| 選抜試験区分 | 日本歯科大学新潟短期大学（指定校制・公募制） |
|---|---|
| 受験番号 | ※記入しないでください |

# 高 等 学 校 推 薦 書

（西暦） 2026年　　月　　日

日本歯科大学新潟短期大学　学長　殿

学　校　名

学 校 長 名　　公印

日本歯科大学新潟短期大学 学校推薦型選抜の志願者として、以下の者を推薦します。

| | | | |
|---|---|---|---|
| フリガナ | | 志望学科 | |
| 氏　名 | | | |

（推薦理由）本大学・本学科等のアドミッション・ポリシーに対応する志願者本人の学習歴や活動歴を踏まえた学力の三要素に関する評価について記載してください。

| |
|---|
| |
| 記載責任者　　印 |

○ 記名・押印のうえ、厳封して志願者へお渡しください。