

武蔵野学費サポート制度推薦書

年 月 日

学校法人 後藤学園

専門学校 武蔵野ファッションカレッジ

武蔵野調理師専門学校

高等学校名

武蔵野栄養専門学校

学校長名

印

学校長殿

記載者

役職

氏名

印

下記の者を貴校の学費サポート制度を希望する生徒として推薦いたします。

記

フリガナ		性別	男・女
生徒氏名			
生年月日	年 月 日生		

(該当するものを○で囲んでください。)

[推薦理由]

※願書提出時にこの推薦書が同封されていない場合は無効となります。