

推 薦 書

令和 年 月 日

横浜学園高等学校長 様

学 校 名

学校長氏名

印

次の生徒は、貴校に相応しい生徒であると認めますので
推薦いたします。

生徒氏名 _____

<input type="checkbox"/>	アカデミーコース
<input type="checkbox"/>	クリエイティブコース

(希望のコースに○をつけてください)