（様式３）

令和　　年　　月　　日

自己推薦書

学校法人 平松学園

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿専門学校長 殿

ふりがな		受験番号
氏名		※本校記入
生年月日	平成・昭和　　年　　月　　日 生　（　　歳）	

学費サポート制度の申請を希望する方は☑してください。また選考要件についてカッコ内に記入してください。

＜自己推薦／社会人入試選考＞ 医療資格特待生制度	□申請する　選考要件が該当する資格（P10参照）（　　）

高校時代の学業・部活動の他、職業を通した経験など自分を推薦することについて記入してください。※自筆（ワープロ不可）

※自己推薦入試／社会人入試を受験する方はこの自己推薦書が必要です。

※医療資格特待生制度を申請する方で、出願時に資格を取得している方は選考要件を証明できるもの（免許証や認定証等）のコピー（A4 サイズ）を同封してください。