

〔普通科特進コース〕 ( 学 力 推 薦 用 )

受験番号

2 0 2 3 年 度

## 推 薦 書

年 月 日

共愛学園高等学校

校長 飽 田 哲 也 様

中学校名

学校長名

職印

下記の生徒を、貴校普通科特進コース推薦入学試験出願者として出願基準に合致し、出席が良好で生活態度もまじめであり、学習意欲のある生徒と認め、推薦いたします。

志願者名	ふりがな	性 別	生 年 月 日	(西暦)	
	氏 名			年	月
学 力	推薦Ⅰ期・推薦Ⅱ期 (いずれかを○で囲ってください)				
	9教科評定平均値4.3以上 (小数点以下第2位四捨五入) <input type="checkbox"/> 5教科判定希望	.	記入責任者氏名	⑨	

※5教科判定希望者には□にチェックを入れて下さい。