

〔普通科特進コース〕 ( 学 力 推 薦 用 )

受験番号

2 0 2 4 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)	年 月 日生
	氏名					
学力	推薦Ⅰ期・推薦Ⅱ期・推薦Ⅲ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。