

〔英語科特進コース〕 (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、貴校英語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			

※5教科判定希望者にはにチェックを入れて下さい。