令和　　年　　月　　日

日本歯科大学東京短期大学　学長 殿

所 在 地
学 校 名
学校長名　　印

推　　薦　　書

下記の者は、貴学での教育を受けるにふさわしい、能力、意欲、適性等を有する学校推薦型選抜の志願者として、責任をもって次のとおり推薦いたします。

なお、学校推薦型選抜（公募制）試験に合格した際は、かならず入学するものであることを確約します。

記

氏名		男・女	西暦　　年　　月　　日生
推薦理由：			

注：※印欄は記入しないでください。

受験番号	※

令和９年度　学校推薦型選抜（公募制）志願理由書

受験番号	※	氏名		男・女	西暦　　年　　月　　日生
志望学科をチェックしてください		□歯科衛生学科　　□歯科技工学科			

注：※印欄は記入しないでください。

日本歯科大学東京短期大学

速 達

162-0815

東京都新宿区筑土八幡町2－3

日本歯科大学東京短期大学
入試係行

書留

学校推薦型選抜（公募制）出願書類在中

志願者本人	住所	〒　　－　　TEL（　　）　　－
	フリガナ	
	氏名	
試験区分		学校推薦型選抜（公募制）
志望学科		歯科技工学科　・　歯科衛生学科

※志望学科に◯をつけてください。

■封入物チェック表（封入したものをチェックしてください）
□　調査書（交付先で封緘したもの）
□　本学所定の高等学校長の推薦書（交付先で封緘したもの）
□　本学所定の志望理由書
□　※日本以外の国籍を有する方のみ：経費支弁書、日本語能力認定書の写し