

特別業界推薦

年 月 日

新東京歯科技工士学校
学 校 長 殿

歯科医院名
企業名

印

推薦者

印

所在地

電話番号

※ 歯科医院・歯科技工所の印は公印としてください

下記の者は貴校への進学に適する者と認め
推薦いたします。

記

志願者氏名	
志望学科	<input type="checkbox"/> 歯科技工士科I部 歯科技工士専攻 <input type="checkbox"/> 歯科技工士科午後部 3DCG・CADデザイナー専攻 <input type="checkbox"/> 歯科技術予備教育科 進学サポート専攻

所見

※「所見」は必ずご記入ください