

新大阪歯科技工士専門学校
学校長 作田 守 殿

推 薦 書

下記の者をパートナーシップ制度に推薦致します。

推薦日		平成	年	月	日
被推薦者 (希望者)	氏名	(印)			
	連絡先住所	〒			
		電話番号 ()			
推薦者 (事業主)	事業所名	(印)			
	代表者				
	連絡先住所	〒			
		電話番号 ()			
備考	関係書類の送付 <input type="checkbox"/> 被推薦者 <input type="checkbox"/> 推薦者 ※どちらかを選択してください				