

受験 番号	※何も記入しないでください
----------	---------------

小石川淑徳学園高等学校  
推 薦 書

本校在籍の以下生徒が、貴校を第1志望として受験することを認め、  
推薦いたします。

小石川淑徳学園高等学校長 殿

年 月 日

志願者氏名	
-------	--

学校名

校長名

校長  
公印

記載者氏名

印