

--

高校生特待生推薦書

年 月 日

学校法人 栃木シティ学園
CITY FOOTBALL ACADEMY
学校長様

高等学校名

高等学校 〒 -
所在地

推薦者氏名

印

 学校長 進路指導担当 担任 部活動顧問 欄に✓印を記入してください

下記の生徒は貴校の高校特待生推薦入学基準を満たし、CITY FOOTBALL ACADEMY生として適格と認めますので、ここに推薦いたします。

志願者氏名

生年月日 西暦 年 月 日生 満 歳

志望学科 学科

高校生特待生推薦基準 下記のいずれかを満たしていること。

学校長、進路指導担当、学級担任、部活動顧問のいずれかの推薦があり、かつ下記①～②のどちらかに該当する者。

 ① 高等学校調査書の学業評定平均値が3.3以上の者、又はいずれか1教科が3.7以上の者 ② 生徒会長、学級委員長などのリーダー経験者
経験役職[] 欄に✓印を記入してください

学校使用欄

受付日



学校法人 栃木シティ学園

CITY FOOTBALL
ACADEMY

