西暦　　年　　月　　日

2024年度 推　薦　書

専門学校ESPエンタテインメント大阪
学校長殿

氏　名

西暦　　年　　月　　日生

上記の者は将来、音楽、エンタテインメント文化向上のために役立ちたいとの強い意志をもっており、貴校への入学にふさわしいものと認め、ここに推薦いたします。

推薦文

学校所在地　〒□□□-□□□□

都道
府県

学校名

電話番号

市外局番（　　）　　-

学校長名もしくは推薦者名

㊞

※すべての項目を推薦者が記入してください。
※記入していただいた個人情報は、専門学校ESPエンタテインメント大阪の入学関連書類の送付や電話での確認のみに使用し、本人の承諾なしに第三者に提供はしません。
※訂正の際には修正液を使用せず、二重線を引き、訂正印を押してください。
※推薦書と調査書は、学校による厳封（3つ折り可）をしてください。