受　験　番　号
※

※印の欄には何も記入しないでください。

推　薦　書

西暦　　年　　月　　日

武蔵野高等学校 校長
西久保　栄司 殿

学　校　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

校　長　名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿公印

学級担任名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

下記の者は、推薦入試の志願者としてふさわしい生徒であると認め、
能力・意欲ともに優秀であることから、ここに推薦いたします。

試　験　日	２０２７年１月２２日（金）	
受 験 区 分	**推薦入試Ａ（単願）**	**推薦入試Ｂ（公立高校との併願）**

※該当する受験区分に〇印をしてください。

ふ り が な		性 別	生 年 月 日
生 徒 氏 名		男 女	西暦　　年　　月　　日生