

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、ここに推薦致します。

試 験 日	2025年1月22日 (水)	
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○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