

推 薦 書

年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構 理事長 殿

学 校 名

印

推薦者職・氏名

下記の学生を推薦いたします。

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和	年	月	日
氏名			<input type="checkbox"/> 平成	(滿)	歳	

注1)推薦者は校長または学部長・学科長としてください。(教員個人の推薦は不可)

注2)推薦者の職印を押印してください。(ただし、学部長・学科長で職印がない場合は個人印で差し支えありません)