

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

推薦者職・氏名

印

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 <input type="checkbox"/> 平成 年 月 日生 (満 歳) |
| 氏 名 | | | |

推薦理由

注1) 推薦者は学校長または学部長・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)