

# 推 薦 書

学校所在地

学 校 名

学 校 長 名

印

下記の者は、学業成績優秀、かつ志操堅固であり、また将来長崎県五島中央病院に医療技術者として勤務するに相応な人物であり、医療技術修学資金の貸与を受けるのに最も適当な人物であることを認め、責任をもって推薦いたします。

## 記

1. 氏 名 (男・女)
2. 生年月日 年 月 日
3. 卒業時期 平成・令和 年 月 日 (卒業・卒業見込)
4. 推薦理由 別紙様式へ記載すること  
※高等学校・大学・専門学校等に在学中の方のみ

令和 年 月 日

長崎県五島中央病院 院長 村瀬 邦彦 様

別紙様式

推薦理由書

(生活態度・人物・学校での活動などを記載してください)

記載者職・氏名

職名：

氏名：

印