**推　　薦　　書**

**独立行政法人地域医療機能推進機構**

**人吉医療センター院長　木村　正美　殿**

**下記の者を貴病院の臨床研修医志願者として適当と認め推薦いたします。**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| フリガナ | 男・女 |  | （西暦）  年　　　　月  卒業見込み |
| 志願者氏名 |  |
| ●推薦理由 | | | |
| 年　　　月　　　日  　　　推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印  所　　　属    　　　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　　位 | | | |

※記載された個人情報につきましては、厳重に管理し、初期臨床研修採用試験の際のみに使用します。

※本様式は、人吉医療センターホームページからダウンロードすることができます。