推　薦　書

独立行政法人国立病院機構　柳井医療センター　院長　殿

学校名

学校長名または学部長名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

学校住所

電話番号　（　　　　）　　　　－

次の者は、貴院の推薦採用試験志願者として、適格と認め、責任をもって推薦します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| ふりがな  氏　名 | 生年月日 | 昭和  年　　　月　　　日生  平成 |
| 推 薦 理 由 | | |