

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		