

市立福知山市民病院医師養成確保奨学金等貸与者推薦調書

貸与希望者	ふりがな 氏名		生年月日	年 月 日生（満 歳）
	所属医療機関等 大学院 大 学 院 学 大	名 称		
		所 在 地		
	雇用形態（研修医の場合）		☐ 常勤雇用（正職員） ☐ その他（ ）	
推薦内容	修学又は研修に関する状況			
	今後の育成の計画・スケジュール			
	推薦理由・その他の特記事項（申請者の人物評価等その他推薦事項）			

上記の者は、市立福知山市民病院医師養成確保奨学金等の貸与者として、適当と認められますので推薦します。

令和 年 月 日

福知山市病院事業管理者 様

推薦者の氏名・所属・役職者



※ 申請者が所属する機関（大学、病院等）が作成するものとし、推薦者はその代表者等としてください。