

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 学 大 学 学	名 称		
		所 在 地		
	雇用形態 (研修医の場合)	<input type="checkbox"/> 常勤雇用 (正職員) <input type="checkbox"/> 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)				
<p>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。</p> <p>令和 年 月 日</p> <p>福知山市病院事業管理者 様</p> <p style="text-align: center;">推薦者の氏名・所属・役職者</p> <p style="text-align: right;">⑩</p>				

※ 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。