

医療職等修学資金貸与者推薦書

貸与希望者 氏 名		生年月日	年 月 日
住 所	郵便番号（ — ）		
養成施設 (学校名等)			
所 在 地	郵便番号（ — ）		
	電話番号 — —		
学 年	第 学年		
成績概評			
人物概評			
健康状態			
その他推薦の 参考事項			
<p style="text-align: center;">上記の者は加賀市医療職等修学資金の貸与者として、適当と認められますので推薦します。</p> <p style="text-align: center;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">推薦者 機関名 氏 名</p> <p style="text-align: center;">加賀市病院事業管理者 様</p>			