看護師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（　　ー　　）		
養成施設 (学校名等)			
所 在 地	郵便番号（　　ー　　） 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			

上記の者は加賀市看護師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。

年　　月　　日

推薦者　　機関名

氏　名　　印

加賀市病院事業管理者様