

地域医療確保奨学金等貸与者推薦調書

貸与希望者	氏名(ふりがな)	()			
	生年月日	昭和・平成	年	月 日生(満 歳)	
	所属医療機関 大学院・大学	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、京都府地域医療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 style="text-align: center;">年 月 日</p> <p>京都府知事 西脇 隆俊 様</p> <p style="text-align: right;">推薦者の氏名・所属・役職名 印</p>					

※ 申請者が所属する機関(大学、病院等)が作成すること。
推薦書は所属する機関の代表者等によること。