

推 薦 書

臨床研修医

氏 名

生年月日

住 所

上記の者は、秋田県医学生修学資金等貸与条例第14条の規定に該当し、臨床研修医研修資金を受ける者として適当と認められますので、責任をもって推薦します。

秋田県知事

年 月 日

医療機関等

名 称

所 在 地

職 氏 名

印

(注) 職氏名の欄には、主たる研修先の医療機関等の開設者又は管理者が署名・押印してください。