|  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 要綱様式第１号その３ | | | | | | |
| 研修資金貸与者推薦調書 | | | | | | |
| 所属名 | |  | | 推薦順位 |  | |
| （ふりがな） | |  | | 研修開始年月  修了予定年月 | 年　　月  　　年　　月 | |
| 氏　　名 | |  | |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 | |
| 健康状態 | ①　研修に十分耐えうると認められる者 | | | | | □適 |
| ②　研修修了後、医療機関において業務を十分行うことができると見込まれる者 | | | | | □適 |
| 健康上の特記事項（任意記入） | |  | | | |
| その他意見 | （申請者の人物評価等その他推薦事項：任意記入） | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
|  | | | | | |
| 上記の者は研修資金貸与者として適当と認められますので推薦します。  佐賀県知事　　様  　　年　　月　　日  病院の開設者又は管理者名 | | | | | | |
| ※　２名以上推薦の場合は推薦順位を記載してください。 | | | | | | |