

地方独立行政法人奈良県立病院機構 看護師・助産師採用試験(推薦試験)

推 薦 書

年 月 日

地方独立行政法人奈良県立病院機構 理事長 殿

学 校 名

推薦者職・氏名



下記の学生を推薦いたします。

ふりがな		生年月日	<input type="checkbox"/> 昭和 年 月 日生 <input type="checkbox"/> 平成
氏 名			(満 歳)
推薦理由			

注1) 推薦者は学校長または学部長・学科長としてください。(教員個人の推薦は不可)
 注2) 推薦者の職印を押印してください。(ただし、学部長・学科長で職印がない場合は個人印で差し支えありません)