

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<br><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)