様式2

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

印

下記の学生を推薦いたします。

ふりがな		生年月日	□ 昭和 □ 平成　　年　　月　　日生
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）