

第2号様式（第5条関係）

推 薦 書

(※在学する養成機関の長,秦野市医師会会員及び最終学校の教員等の推薦も可)

年 月 日

秦野市医師会長 殿

養成機関名 _____

所在地 〒 _____

養成機関長
の氏名 _____ 印

次の者は、秦野市看護師等修学生として適格であると認め推薦します。

被推薦者氏名	(年 月 日生 歳)	学 年	第 学年
推 薦 所 見			
人 物 所 見 (参考事項)			
修学等資金 の 状 況	入学金 _____ 円 学 費 _____ 円 (第 1 学年) _____ 円 (第 2 学年) _____ 円 (第 3 学年) _____ 円 (第 学年)		