提出書類6

受験番号		※

令和　　年　　月　　日

所属施設長推薦書

医療法人社団スズキ病院
附　属　助　産　学　校
学　　校　　長　　殿

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

施設長名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印＿＿＿＿

受験者氏名	
職　種	

〈推薦理由〉

記載者職位＿＿＿＿＿＿　氏名＿＿＿＿＿＿＿＿印

※には記入しないこと