

様式第2号の5（第6条関係）

推 薦 書

氏 名

生年月日

上記の者は、 病院 科に 年 月に所属して専門研修を受けており、 年 月に専門研修を修了する見込みであって、福井県医師確保
修学専門研修資金の貸付けを受けようとする者として適当と認められますので推薦しま
す。

年 月 日

福井県知事 殿

医療機関の所在地

医療機関の名称

開設者または管理者の氏名

印