

令和 年 月 日

推 薦 書

隠岐広域連合長 様

学校又は養成所名 _____

学 校 長 名 _____

下記学生を隠岐広域連合医学生修学資金貸与の適格者と認め、推薦いたします。

ふりがな			性 別	
生徒氏名	(姓)	(名)	生年月日	年 月 日
学業及び人物に関する 所見				
将来に対する総合的意見				
その他 (特技や活動の実績等を記入してください)				