

令和 年 月 日

公立昭和病院院長 殿

施設名

代表者名

印

## 推薦書

下記の者は公立昭和病院専門研修プログラムに適任であると認められますので、推薦いたします。

### 記

1 氏 名

2 生年月日

3 勤続期間

以上