

推薦書

氏名

生年月日

年

月

日生

上記の者は、山形県立中央病院の専門研修プログラムにおける専攻医採用者として適切と認め推薦いたします。

令和 年 月 日

推薦医

所属

氏名

印

山形県病院事業管理者

阿彦忠之 殿