

(様式2)

# 推 薦 書

令和 年 月 日

- 岩手県知事 達増 拓也 様 (岩手県医師修学資金) } 殿  
 岩手県医療局長 小原 重幸 様 (医療局医師奨学資金) }

高等学校名

校 長 名

職印

下記の者を貸与候補生として責任をもって推薦します。

記

ふりがな		男・女	生年月日 (和暦)	年 月 日生
氏 名				

推  
薦  
す  
る  
理  
由

(1) 人物について

(2) 医学を学ぶ能力があると認められる理由について

(3) 医師としての本人の適性について