

(様式2)

鳥取県専門研修医師支援事業 推薦書

申込者氏名

推薦者 所属

職名

氏名

- 注) ・現在の勤務先の施設長等により記入してください。なお、氏名を自署する場合には、押印を省略することができます。
- ・研究業績及び人物評価に関する事項を含めて記入してください。