（様式　3）　　受付番号＿＿＿＿＿＿

推　薦　書

受講者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

注1　「※受付番号」の欄は、記入しないでください。

西暦　　年　　月　　日

施　設　名

推薦者職位

推薦者氏名　　印

（代表者は病院長や部門長など）