令和　　年　　月　　日

茨城県海外対象医師修学研修資金推薦書

茨城県知事　　　　　　　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　名称

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者名　　　　　　　　（印）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号

　下記の者は、貴県の海外対象医師修学研修資金の貸与者として、適当であると認められるので推薦します。

記

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 申請者 | フリガナ | 　 | 生年月日 | 年　　　月　　　日　 |
| 氏名 | 　 |
| 在籍する外国の医学校の名称及び学部名 |  |
| 入学年月及び学年 | 　　　　　　　年　　　　月入学 | 学年 | 第　　　学年 |
| 現 住 所 | 〒電話　　　　　　　　　　　　　　 |
| 所見（人物・成績等） | ※人物・成績等の所見に加え、卒業・外国の医師免許取得後に、日本の医師免許を取得し本県で医師の業務に従事する意思を有していることを確認し、その旨を必ず記載してください。 |
| 推薦理由 |  |