参加推薦書

　　　年　　月　　日

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 参加者氏名 | フリガナ | 性　別 |  |
|  |
| 参加者生年月日 | 年　　　　月　　　　日生（　　　　歳） | | |
| 現住所 | 〒　　 - | | |
| 令和７年度指導医団国外派遣事業（ハワイ）への参加について、上記の者を推薦します。 | | | |
| 推薦者  （所属病院長） | 医療機関名  氏名 | | |
| 推薦理由 |  | | |