

推 薦 書

氏 名
生年月日 S・H 年 月 日生

上記の者は、山形県立こころの医療センター専門研修プログラムにおける専攻医として適切と認め、推薦します。

平成 年 月 日

推薦医
所属
氏名

印

山形県病院事業管理者
新 澤 陽 英 殿