**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（臨床研修プログラム責任者又は指導医）

　　　　　　　　　　　　　　　　所属

　　　　　　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　㊞

山形県病院事業管理者

　　新　澤　陽　英　　殿