推　　薦　　書

氏　　名

生年月日　　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いたします。

令和　　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

阿　彦　忠　之　　殿