

推 薦 書

年 月 日

太子町長 様

所 在

学校名

学校長

印

下記の者が太子町保健師、助産師、看護師、准看護師及び歯科衛生士修学資金の貸与を希望しておりますが、本学校卒業後、太子町内において医療業務に従事する見込みであり、その条件を満たしているものと認め推薦いたします。

記

- 1 学校名
- 2 学 科
- 3 学 年
- 4 就学者氏名
- 5 就学者生年月日