推　薦　状

西暦　　年　　月　　日

静岡広域病院連携リハビリテーション専門医研修プログラム
　プログラム責任者　殿
（基幹施設：浜松市リハビリテーション病院）

＜推 薦 者＞

初期臨床
研修施設名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職　　位 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

氏　　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

次の者を静岡広域病院連携リハビリテーション専門医研修プログラム専攻医として推薦します。

＜応 募 者＞　氏　名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

推 薦 理 由 ※応募者の性格・能力等についても可能な範囲でお書きください。