

(施設推薦)

推薦書

令和 年 月 日

一般財団法人仁和会
三沢中央病院附属准看護学院長 様

施設名

住所

施設長

印

住 所

氏 名

生年月日 昭和・平成 年 月 日生

上記の者は、貴校が定められた以下のとおり推薦条件のすべてに該当
していると認めますので、推薦いたします。

1、勤務期間

年 月 日～ 年 月 日現在就業中

2、1週間の勤務時間は20時間以上である。

3、職業内容(できるだけ詳しく記入してください)

[]