

推 薦 書

医学生

氏 名

生年月日

住 所

上記の者は、大学卒業後、地域の医療機関等において業務を十分に行うことが見込まれ、岐阜県医学生修学資金の貸付けを受ける者として適当であると認めます。

岐阜県知事 様

年 月 日

大 学 名

所 在 地

職 氏 名

(注) 職氏名の欄には、在籍する大学の学長又は医学部長が署名・押印してください。