

# 推薦書

西暦 年 月 日

京都府医師会看護専門学校長 様

施設名

所在地

施設長名

印

志願者指名

(西暦 年 月 日生)

上記のものは、本施設に勤務しており、心身ともに健康で、人物、勤務態度から助産師としての適性を備え、貴校助産学科学生として適格であると認めますので責任を持って推薦します。

なお、合格のうえは、必ず貴校に入学すること、本院または京都府内の施設に助産師として勤務することを保証いたします。