

様式第2号(第5条関係)

推 薦 書

年 月 日

岡谷市長 様

従事する指定医療機関
所在地
医療機関名
代表者氏名

下記の者は、身体強健で、人物医業ともに優れ、岡谷市医師確保就業支援助成金の支給を受けることを適当と認めます。

記

1 氏名

2 診療科

3 勤務開始年月日 年 月 日