

医師修学資金貸与者推薦調書

大 学 名			
ふりがな		入 学 年 月	年 月
氏 名		卒業予定年月	年 月
生年月日	年 月 日生（満 歳）	在 学 年	第 学年
学業に関する状況			
健康に関する状況			
その他意見(申請者の人物評価等その他推薦事項：任意記入)			
<p>上記の者は、宮崎県医師修学資金の貸与を受ける者として、適当と認められますので推薦します。</p> <p>宮崎県知事 殿</p> <p style="text-align: right;">年 月 日</p> <p style="text-align: center;">大学の学長又は学部長</p>			