

推 薦 書

年 月 日

宮崎県知事 殿

所 在 地
医 療 機 関 名
代 表 者 職 氏 名
電 話 番 号

次の者は、当医療機関で正規雇用する予定であり、奨学金返還支援対象者として適格であると認められますので推薦します。

ふりがな 氏 名			
大学の名称			
学部・学科名		学 年	
推 薦 理 由 (人物所見等)			
採用予定日	年 月 日		
支援対象者向け 育成プログラム	<input type="checkbox"/> 作成済（別添のとおり）		<input type="checkbox"/> 未作成
在籍資格者氏名	<input type="checkbox"/> 認定実務実習指導薬剤師		
	<input type="checkbox"/> 日病薬病院薬学認定薬剤師		
医 療 機 関 の 採 用 担 当 者	所属名（課等）		
	担当者職氏名		
	メールアドレス		

(注1) 正規雇用とは、雇用期間の定めのない契約に基づく雇用とし、賞与、退職金、諸手当等において、就業規則等で定める通常の職員と同様の扱いとなる雇用形態をいいます。

(注2) 既卒者にあつては、卒業した大学の名称、学部・学科名を、学年の欄は卒業年度を記入してください。

(注3) 育成プログラムの作成にあつては、該当するものに☑を記入してください。なお、未作成の場合は、令和7年3月末までに宮崎県薬務感染症対策課薬務対策室に提出すること。(yakumutaisaku@pref.miyazaki.lg.jp)