

推 薦 状

推薦者の方へ：

- ※1 本状は、封筒に入れ厳封の上、応募者本人にお渡しください。
- ※2 推薦状の内容について、採用担当者より照会させていただくことがあります。
- ※3 応募者本人が推薦状の内容を知り得ることは、将来に渡ってありませんので、率直な御意見をお聞かせください。

| | |
|------|--|
| 応募者名 | |
|------|--|

| | |
|------------------------|--|
| フリガナ | |
| 御推薦者 氏名 | |
| 所属・職名 | |
| 電話番号 | |
| E-mail | |
| 応募者との関係(具体的に記載してください。) | |

応募者の意欲等についてお伺いします。

(ア～エのいずれかに、○をお付けください。)

①医師職(公衆衛生)志望の程度

- ア 極めて強い(大阪府の医師職(公衆衛生)以外の進路は考えていない)
- イ 強い(有力な進路の一つである)
- ウ 普通(複数の進路の一つとして検討している)
- エ 弱い

②応募者を推薦する程度

- ア 強く推薦する
- イ 推薦する
- ウ 推薦するが、いくつか留保すべき条件がある
- エ 推薦しない

推薦理由(エピソード等を交えながら、本人の人柄、能力(特に医師として)等について具体的に記載してください。)

以上の内容が事実であることを証明する。

年 月 日

御推薦者の御署名

印