

修 学 生 推 薦 調 書

養成施設	所在地			
	名称			
氏名及び 生年月日	年 月 日生	入学年月	年 月	
		卒業予定年月	年 月	
		現在学年	第 学年 (年課程)	

上記の者は、秋田県看護職員修学資金の修学生として適当と認められるので推薦します。

年 月 日

施設長

印

秋田県知事 様