

様式第2号（第3条関係）

年 月 日

中標津町長 様

所在地
養成施設等 施設名
施設長名 印

推 薦 書

下記の者は、中標津町保健福祉職養成修学資金の貸付けを受ける者として適当と認められますので、推薦します。

記

氏 名			
入 学 年 月 日		卒業予定年月日	
生 年 月 日		在 学 年	
現在受けている(受ける予定のある)他の貸付け等の有無			有 ・ 無
有りの場合 制度名()			
特 記 事 項			

※養成施設等に在学中の場合に限る。