

年 月 日記入

長野県立こども病院薬剤部 御中

推 薦 状

申請者氏名 _____

上記の者は、小児・周産期領域に深く貢献し、小児・周産期薬物療法に携わる薬剤師としてふさわしいと考え推薦いたします。

推薦者所属：

推 薦 者 名

印

推薦者が施設長（病院長）の場合には公印をご捺印下さい。