令和　　年　　月　　日

**推薦書**

佐賀大学医学部附属病院長　　殿

所属機関名

職　　　名

推薦者氏名 　　　　　㊞

下記の者を貴学医学部附属病院薬剤師採用試験受験者として責任をもって推薦します。

記

氏名

推薦理由（人物、特別活動、各種役員、生活状況等について）