在学施設の長の推薦書（三重県病院事業庁助産師及び看護師修学資金申請様式）				
学　校　名				
（ふりがな） 氏　名		入学年月 卒業予定年月	年　　月 年　　月	
生年月日	年　　月　　日生（　　歳）	在学年	第　　学年	

	区分	学力基準の内容（各項目のいずれかに該当すれば可）	該当に○
学力評価	A	a　1年生の場合、出身学校最終2か年の成績が平均3.2以上 b　2年生以上の場合、前年度の学業成績が上位1/3以上	
	B	a　高等学校又は前年度における学業成績が平均水準以上 b　特定の分野において優れた資質能力を有する c　修学に意欲があり学業を確実に修了できる見込みの者	
	C	上記以外の者	

健康状態	①　学内健康診断の結果、修学に十分耐えうるものと認められた者	□適　□不適
	②　卒業後、県立病院において看護業務を十分行うことができると見込まれる者	□適　□不適
	健康上の特記事項（任意記入）	

家計・家庭の状況等	①申請者を独立生計として扱う場合の所見
	②その他特記事項（任意記入）

その他意見	（申請者の人物評価等その他推薦事項：任意記入）

上記の者は修学生として適当と認められますので推薦をします。

三重県病院事業庁長　様　　年　　月　　日

施設長

※　在学施設様へのお願い
この様式は、学生が三重県病院事業庁の修学資金を受給する際に必要となる書類です。
学生から記入を求められましたら、ご協力をお願いします。
　この推薦書は密封して学生にお渡しください。
問い合わせ先　三重県病院事業庁　県立病院課　０５９－２２４－２３４８