

令和 年 月 日

推 薦 書

南部地区医師会
会長 川 畑 勉 殿

施設名
院長

印

施設名
院長

印

下記の者が、貴医師会へ入会申し込み致しますので、よろしくお取り計らい下さるようお願い申し上げます。

記

施設名

氏 名 _____