推薦状

令和　　年　　月　　日

医療法人徳洲会

湘南鎌倉総合病院

病院長　小林　修三 宛

（　所属施設又は病院など　）

職　　位：

　　自筆氏名：　　　　　　　　　印

※自筆でない場合は押印をお願い致します