

従業員表彰者推薦書

出雲医師会長様

医療機関名 _____

院長 _____ 印

ふりがな 被表彰者氏名	年齢	職種	就職年月日
			平成 年 月 日
			平成 年 月 日
			平成 年 月 日
			平成 年 月 日
			平成 年 月 日
			平成 年 月 日
			平成 年 月 日
			平成 年 月 日
			平成 年 月 日

※10月31日までに原本をご提出ください。