

紹 介 状

令和 年 月 日

島根大学医学部（附属病院）長 殿

学校名又は  
機 関 名

代表者氏名

印

下記の者を、貴学部（病院）において見学する者として紹介します。

記

所属・職名

ふり 氏がな  
氏 名

生年月日 年 月 日生 歳

性 別 男 ・ 女