# 推　　薦　　書

申請者名 ＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記申請者の内分泌代謝科（内科）専門医認定申請書の記載に誤りのないことを証明し、推薦いたします。

＿＿＿＿＿　年　＿＿＿＿＿　月　＿＿＿＿＿　日

推薦者（自筆署名）

日本内分泌学会内科系 評議員又は認定指導医

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞