A　勤務先医療機関用

茨城県グローバル人材育成プログラム　推薦書

年　　月　　日

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　所属機関名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　役　職　名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　氏　名（自　署）

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　住　所

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　メールアドレス

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　被推薦者氏名

私は、以下の点について十分に理解し、上記被推薦者を推薦いたします。

（チェックボックスへチェックしてください）

□被推薦者は、派遣終了後、原則速やかに帰国し、概ね５年以内の間に、茨城県内の医療機関等で確実に３年以上勤務する必要があること。

□被推薦者は、前述の県内勤務義務を果たすことが出来なかった場合、または果たす見込みがなくなった場合、筑波大学から派遣費用の全額返還を求められる可能性があること。

□被推薦者が、前述のような全額返還となった場合、当該派遣者を推薦した病院または派遣元医局に所属する医師からの次年度の応募を停止する可能性があること。

□被推薦者が、大学医局等からの派遣により勤務する者である場合、派遣元の医局長に本事業の趣旨や条件を説明し、承諾を得ていること。

　（派遣元医局及び医局責任者名：　　　　　　　　　　　　　　　）

＜推薦理由＞