**추 천 서**

**===================================**

**(Himchan Hospital Summer Internship Program)**

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| **☆ 추천자 작성 사항** | | | | |
| **추천자 성명** |  | **소 속** | |  |
| **직 위** |  | **지원자와의 교류기간** | | ~ ( 개월) |
| **지원자와의 관계** |  | **전화번호** | |  |
| **주 소** |  | | | |
| **핸드폰 번호** |  | **E-mail** |  | |
| 본인은 상기 지원자를 2017 제8회 힘찬병원 청소년 여름 인턴십 프로그램에 다음과 같이 추천합니다.  2017 년 월 일  추천자: 서명 혹은 날인  힘찬병원 관절의학연구소 귀중 | | | | |
| |  |  | | --- | --- | | **추천학생 성명** |  |   **☆ 추천사유를 종합하여 간략하게 기술하여 주십시오.**  - 추천학생의 개인적인 자질, 품행, 태도 등  - 성적, 표창, 대회수상 경력 등 | | | | |

EMB000010b4050c

힘 찬 병 원

▶ 추천서는 스캔하여 접수 메일에 함께 첨부해 주시기 바랍니다.

▶ 문의: 목동힘찬병원 관절의학연구소 (02) 3219-9229,9228 / himchanhospital@gmail.com 