（様式４）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**推　薦　書**

　　　　　年　　　月　　　日

医療法人徳洲会

中部徳洲会病院長

施設名

職位

推薦者（自署）　　　　　　　　　　　　印

医療法人徳洲会中部徳洲会病院の看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦致します。

記

○被推薦者氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　（職位：　　　　　　　　　　）

【推薦理由】※現在の職務内容および受講終了後の期待される役割などを記載して下さい。

|  |
| --- |
|  |