

(様式 4)

※受験番号	
-------	--

推 薦 書

平成 年 月 日

(あて先)
袖ヶ浦さつき台病院院長

機 関
職 位
推薦者(自署) 印

袖ヶ浦さつき台病院看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

氏 名

推薦理由【 受講修了後の進路や所属先から期待される役割などを記入 】

--

貴施設での実習指導の可能性： 有 ・ 無

* 特定行為区分の実習指導のできる医師が必要となります。指導できる医師とは、指導医講習会を受けていることが条件です。