

| | |
|-------|--|
| ※受験番号 | |
|-------|--|

推薦書

年 月 日

社会医療法人 友愛会
友愛医療センター院長 殿

所属施設名 _____

推薦者役職名 _____

推薦者氏名 _____



友愛医療センター看護師特定行為研修受講者として次の者を推薦いたします。

氏名 _____

【推薦理由】*受講終了後の活動や期待される役割などを踏まえて記載してください