様式４

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

推　薦　書

西暦　　　　　年　　　月　　　日

聖マリアンナ医科大学病院長　殿

施設等の名称・部署名

所属長　　　　　　　　　　　　　　　印

聖マリアンナ医科大学病院看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦いたします。

　　　　　　受講志願者氏名

**【推薦理由】**

|  |
| --- |
|  |

　　　　　　　　　　　　聖マリアンナ医科大学病院　看護師特定行為研修センター