|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |
| 申請者氏名 |  |

（様式４）

推薦書

令和　　年　　　月　　　日

地方独立行政法人奈良県立病院機構理事長　殿

施設名

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

貴センターの看護師の特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 被推薦者氏名 |  |
| 受講修了後の進路や所属先から期待される役割等を含めてご記入ください。 | |
| （推薦理由） | |

※欄は記入しないこと