|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記載しない |

（様式４）

推　薦　書

西暦　　　　　年　　　月　　　日

社会医療法人きつこう会

理事長　多根　一之　　殿

機　　関　　名

職　　　　　位

推薦者（自署）　　　　　　　　　印

多根総合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して下さい。　】

|  |
| --- |
|  |

貴機関での特定行為実習の可否　　　　：　　　　可　　　・　　　不可

＊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、

特定行為研修指導者講習会をうけていることが条件です。

　　＊指定研修機関（多根総合病院）との協力施設の申請が必要となります。