（様式４）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

推薦書

西暦２０　　年　　　月　　　日

地方独立行政法人

佐賀県医療センター好生館

　　　　　　　　館長　様

施設名

職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院の特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講者  氏　名 |  | 看護実践能力、受講終了後の進路や期待される役割等を記入して下さい。 |
| 推薦理由 | | |

* パソコン入力する場合は、ホームページからダウンロードして下さい。
* ※欄は記入しないこと