|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**（様式　4）**

**推　　薦　　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

独立行政法人国立病院機構

九州がんセンター院長　殿

施設名

職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院の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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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ご記入ください |
| 推薦理由 | | |

＊パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

＊※欄は記入しないこと