**別記様式４－１**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|   |  | **※受験番号** | (信州大学医学部附属病院記入欄) |

推 薦 書

　　　　　年　　　月　　　日

 　信州大学医学部附属病院長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　施 設 名

住 所 〒

TEL：

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（推薦者役職名：　　　　　　　　　　　　　　）

推薦者氏名 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

信州大学医学部附属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 】

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| 自施設での実習指導の可能性 | （該当するところを○で囲んで下さい）有　　・　　無 |