

※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 ⑩

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