（様式４）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

推薦書

２０２４年　　　月　　　日

特定行為研修指定研修機関

国立病院機構熊本医療センター

院　長　　髙 橋　毅　殿

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