

(様式 4)

※受験番号	
-------	--

推 薦 書

年 月 日

(あて先)

社会医療法人財団董仙会 恵寿総合病院
病院長 鎌田 徹 殿

機 関
職 位
推薦者(自署)

印

恵寿総合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 】

--