

## 推 薦 書

西暦 年 月 日

社会医療法人生長会 阪南市民病院 病院長 殿

推薦者氏名 (自署)

施 設 名 :

住 所 :

T E L :

下記の者は、社会医療法人生長会 阪南市民病院 看護師特定行為研修の受講者として、要件を十分に満たしていると評価されますので、ここに推薦いたします。

受講申請者氏名 : \_\_\_\_\_

推薦理由【受講修了後の進路や期待される役割等について記入して下さい。】

※Word等で作成し、印刷したものを添付して頂いても結構です。