（様式４）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

推薦書

令和　　年　　　月　　　日

独立行政法人国立病院機構

新潟病院

　　特定行為研修管理委員会　様

施設名

職位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

貴院の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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 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 |

* ※欄は記入しないこと