

(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