（様式2）

記入日：　令和　　 年　　月　日

**推　薦　書**

磐田市立総合病院　病院長　殿

【推薦者】

所 属 ：

役 職 ：

氏 名 ：　㊞

磐田市立総合病院 看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講志願者氏名 |  |
| 推薦理由 |  |

※推薦するにあたり、専門性・協調性・判断能力など総合的なご意見もお書きください。