

推 薦 書

年 月 日

地方独立行政法人 神奈川県立病院機構
神奈川県立足柄上病院 病院長 殿

施設名

職 位

推薦者(自署)

印

地方独立行政法人神奈川県立病院機構 神奈川県立足柄上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 】

--

同施設複数名応募の場合の優先順位： _____ 位

貴施設での症例実習指導の可能性： _____ 有 _____ 無

* 特定行為区分の実習指導ができる医師が必要となります。指導できる医師とは、指導医講習会を受けていることが条件です。