様式4

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。