

受講推薦書

令和 年 月 日

公立大学法人奈良県立医科大学理事長 殿

下記の者を、看護師特定行為研修の受講生として推薦します。

受講志望者氏名 _____

推薦理由（推薦理由とともに組織としての活用計画（手順書作成体制、医療安全管理、研修終了後に貴施設で期待する役割や組織としての展望等）もご記入ください）

施設名 _____

推薦者職位・氏名
(施設長または看護部長等) _____ 印