様式４-２（大分大学医学部附属病院の職員用）

|  |  |
| --- | --- |
| 受験者番号 |  |

推　薦　書

令和　　年　　月　　日

大分大学医学部附属病院長　殿

施設等の名称　 　　 大分大学医学部附属病院

所属部署の長の氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

大分大学医学部附属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（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）】**