

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）】

--