様式３

年　　月　　日

推薦書

社会医療法人　禎心会

札 幌 禎 心 会 病 院

病院長　徳　田　禎　久　様

【推薦者】

住　所

施設名

役　職

氏　名(自筆)

札幌禎心会病院看護師特定行為研修の受講生として、下記の者を推薦いたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講志願者氏名 |  |
| 推薦理由 | 施設長あるいは看護部長の推薦理由　(以下の観点から推薦理由をお書きください)  ※申込者の専門性・協調性・判断能力などについて、総合的なご意見、貴施設の期待についてお書きください。 |