別紙様式4（第７条関係）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**推　薦　書**

　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

一般財団法人太田綜合病院附属

　太田西ノ内病院 病院長 殿

機関名

職 位

推薦者(自署)　　　　　　　 　　　　　印

太田西ノ内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

|  |
| --- |
|  |

貴施設での実習を行える可能性：　　有　　・　　無

　※実習が行える可能性がある場合には別紙様式６を添付してください。

【太田西ノ内病院】