

別記様式第4

※受験番号：

推薦書

西暦 年 月 日

尽誠会 野村病院 理事長 殿

推薦者氏名（自署） 印
施設名：
住所 〒

TEL：

下記の者は、尽誠会 野村病院 看護師特定行為研修の受講者として、要件を十分に満たしていると評価されますので、ここに推薦いたします。

受講申請者氏名：

推薦理由【受講修了後の進路や期待される役割等について記入して下さい。】