推薦書

(西暦)　　 　 年　 月　 日

町田市民病院長　殿

下記の者を、看護師特定行為研修の受講生として推薦します。

受講志望者氏名

推薦理由

（推薦理由とともに組織としての活用計画（手順書作成体制、医療安全管理、研修終了後に貴施設で期待する役割や組織としての展望等)、研修生に対する貴施設の協力体制(研修時間の確保等)もご記入ください）

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

施設名

推薦者職位・氏名

（施設長または看護部長等）　　　　　　　 　　　　　 印