**様式４－１**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **※受験番号** | (浜松医科大学医学部附属病院記入欄)と |

推　薦　書

　　　年　　　月　　　日

 　浜松医科大学医学部附属病院長 殿

　　　　　　　　　　組織名

　　　　　　　　組織長 　　　　　　　　　　　　　　㊞

浜松医科大学医学部附属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もご記入ください 】

|  |
| --- |
|  |

浜松医科大学医学部附属病院