様式第４号（第８条関係）　　　　　　　　　　　　※受付番号

**受講推薦書**

記入年月日：　　　　　年　　　月　　　日

愛知医科大学病院長　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。

フ　リ　ガ　ナ

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）もご記入ください）

施　設　名

　　　　　　　　推薦者職位・氏名

（施設長又は看護部長等）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印