（様式３）

※受験番号

推　薦　書

令和　　年　　月　　日

島根県立中央病院

病院長　小阪真二様

施　設　名

職　　　位

　　　　　　　　　推薦者（自署）

　島根県立中央病院の看護師特定行為研修の受講者として、

　　　　　　　　　　　氏名　　　　　　　　　　　　　　　を推薦します。

　　推薦理由（修了認定後、貴施設で期待する役割などもご記入ください）

|  |
| --- |
|  |

※は記入しないでください。