**様式４**

（福島県立医科大学記入欄）

と

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **コース No**  |   | **※受付番号** |   |

**推 薦 書**

令和　　　年　　　月　　　日

 　福島県立医科大学長 様

　　　　　　　　　　機関名

　　　　　　　　　　職位

　　　　　　　　　 推薦者　　　　　　　　　　　　　　　㊞

福島県立医科大学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。

被推薦者

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 職 | 氏　　名 | 生年月日 |
|  |  | 　　　年　　月　　日生（　　歳） |

推薦理由【 受講修了後の進路や所属先において期待する役割などを記入 】

|  |
| --- |
|  |

　※様式５にもご記入をお願いいたします。