**様式４**

（福島県立医科大学記入欄）

と

|  |  |
| --- | --- |
| **＊受付番号** |  |

**推 薦 書**

福島県立医科大学長 様

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 令和　　　年　　　月　　　日 | | |
| 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、下記の者を推薦します。

記

被推薦者

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

|  |
| --- |
|  |

※フォントサイズは12ptで作成してください。