様式４

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

推　薦　書

令和　　年　　月　　日

長崎大学病院長　殿

　　施設名

職　位

推薦者（自署）　　　　　　　　　　印

長崎大学病院看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦いたします。

　　　　　　受講志願者氏名

**【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を記入）】**

|  |
| --- |
|  |

　自施設での実習指導の可能性：　　　有　　　　・　　　　無

＊ 自施設での実習指導の可能性を「有」とした場合、別紙５も提出すること。

＊ 特定行為区分の実習指導のできる医師が必要となります。指導できる医師とは、臨床研修指導

医講習会を受けていることが条件です。

＊ ※は記入しないこと。