

※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。