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）】**

|  |
| --- |
|  |

※は記入しないこと。