

※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。