（様式2）

記入日：　令和　　 年 月 日

**推　薦　書**

順天堂大学医学部附属静岡病院

院長 佐藤　浩一　殿

【推薦者】

所 属 ：

役 職 ：

氏 名 ：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

順天堂大学医学部附属静岡病院 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 | 　　　　　 |

※推薦するにあたり、専門性・協調性・判断能力など総合的なご意見もお書きください。