（様式４）

※受験番号

　※印欄には記入しないでください。

**推薦書**

西暦　　　年　　月　　日

臨床看護研修センター長　殿

施設名

職　　　位

推薦者氏名　　　　　　　　　 印

　看護師特定行為研修の受講者として、推薦致します。

受講志願者氏名

**推薦理由**（修了認定後、貴施設で期待する役割などもご記入ください。）