

*受付番号	
-------	--

推薦書

福島県立医科大学長 様

令和 年 月 日

機関名

職位

推薦者

印

福島県立医科大学看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。
記

被推薦者

職	氏名	生年月日
		年 月 日生 (満 歳)

【推薦理由】(受講修了後の進路や所属先において期待する役割などを記入)

--

※フォントサイズは12ptで作成してください。