様式４

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

推　薦　書

令和　　年　　月　　日

徳島大学病院長　殿

施設等の名称

長の氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

徳島大学病院看護師特定行為研修の受講生として，次の者を推薦します。

　　　　　　受講志願者氏名

**【推薦理由】**

|  |
| --- |
|  |