受講推薦書

令和 　 年　 月　 日

公立大学法人奈良県立医科大学理事長　殿

下記の者を、看護師特定行為研修の受講生として推薦します。

受講志望者氏名

推薦理由（推薦理由とともに組織としての活用計画（手順書作成体制、医療安全管理、研修終了後に貴施設で期待する役割や組織としての展望等）もご記入ください）

施設名

推薦者職位・氏名

（施設長または看護部長等）　　　　　　　 　　　　　 印