**推　　薦　　書**

年　　　月　　　日

　神戸大学医学部附属病院長　殿

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名 |  |
| 推薦者役　職 |  |
| 推薦者氏　名 |  | ㊞ |

　　　　　　　　　　　　　　　　　※推薦者は所属機関の長、又は、所属長とする。

神戸大学医学部附属病院看護師特定行為研修につきまして、下記の看護師を推薦いたします。

|  |
| --- |
| 推薦する看護師 |
| 氏名 |  |
| 所属部署 |  |
| 身分 |  |

|  |
| --- |
| 推薦理由 |
|  |