様式5

※受験番号：

**推　薦　書**

西暦　　　　　　　年　　　月　　　日

地方独立行政法人東京都立病院機構

東京都立墨東病院　院長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設名： |  | |
| 職　位： |  | |
| 氏　名： |  | 印 |

東京都立墨東病院　看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦いたします。

**受講志願者氏名：**

推薦理由　※推薦するにあたり、専門性・協調性・判断能力など総合的なご意見もお書きください。

|  |
| --- |
|  |

貴施設での実習指導の可能性：　　　有　　　・　　　無

※実習は、自施設実習を基本とします。指導者講習会を受講済みである、実習指導のできる医師が必要となります。