

※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

※特定行為区分の実習指導のできる医師が必要となります。指導できる医師とは、指導者講習会を受講済みであることが条件です。