別記様式第4号（第11条関係）

(魚沼基幹病院記入欄)

と

（希望する区分別科目名を記入）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分別科目名** |  | **※受験番号** |   |

推 薦 書

　　　　　年　　　月　　　日

 　一般財団法人新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　組織名

組織の長（役職名）

氏　　名 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

一般財団法人新潟県地域医療推進機構魚沼基幹病院看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

氏　　名

推薦理由【 受講修了後の進路や所属先から期待される役割などを記入 】

|  |
| --- |
|  |