推　　薦　　書

令和　　年　　月　　日

　指定研修機関

　長野県立信州医療センター院長　様

所　　属

職・氏名　　　　　　　　　　　　　印

　長野県立信州医療センターで実施する看護師の特定行為研修の受講者として、

　　　　　　　　　　　　　　を推薦します。

　【推薦理由】（研修修了後、当該施設で期待する役割等も記入すること。）