

コース No		※受験番号	
--------	--	-------	--

推 薦 書

年 月 日

自治医科大学学長 殿

機 関
職 位
推薦者（自署）印

自治医科大学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 】

自施設での実習指導の可能性： 有 ・ 無

- 【作成上の注意】
- * 推薦者は所属施設の管理者などとする。
 - * 自施設で実習指導を行うには、特定行為区分の実習指導のできる医師が必要となる。
指導できる医師とは、臨床研修指導医講習会を受けている者が望ましい。