琉球大学病院看護師特定行為研修用

受験者番号：

（様式４－１）琉球大学病院の職員用

推 薦 書

琉球大学病院長 殿

所 属

職 位

所属部門長(等)名

（推薦者:自署）

琉球大学病院看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

○被推薦者氏名： （職位： ）

○被推薦者が志願する特定行為区分名

【 推薦理由 】 ※現在の職務内容及び受講終了後の期待される役割などを記載してください。