琉球大学病院看護師特定行為研修用

受験者番号：

（様式４－２）琉球大学病院以外の職員用

推 薦 書

# 琉球大学病院長 殿

所 属

職 位

施設代表者名

（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。

○被推薦者の貴施設での実習指導の希望について（該当箇所に☑してください）： □有 ・ □無

※実習者指導のできる医師の指導者が必要となります。医師の指導者は、臨床研修における指導医講習会を受講した医師をいいます。

※また、琉球大学病院の研修協力施設として、厚生労働省への登録が必要となります。