※受験番号　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　（様式４）

受　講　推　薦　書

 　　　　　　年　　月　　日

　京都府立医科大学長　殿

施設名

推薦者氏名（自署）

（施設長又は看護管理者）

京都府公立大学法人京都府立医科大学の看護師特定行為研修の受講者として

　受講志願者氏名　　　　　　　　　　　　　　を推薦します。

推薦理由（修了後、貴施設で期待する役割や組織としての展望などもご記入ください）

|  |
| --- |
|  |