**地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院**

**看護師の特定行為研修　推薦書**

年　　　　月　　　日

加古川中央市民病院長　殿

施　設　名

推薦者役職

推薦者氏名

※推薦者は所属機関の長、又は、所属長とする

地方独立行政法人 加古川市民病院機構 加古川中央市民病院 看護師の特定行為研修につきまして、下記の看護師を推薦いたします。

|  |
| --- |
| 推薦する看護師 |
| 氏　　名 |  |
| 所属部署 |  |
| 職　　位 |  |

|  |
| --- |
| 推薦理由 |
|  |