様式4（第4条）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 申し込み区分名 |  | ※研修生番号 |  |

推　薦　書

　　　　年　　月　　　日

　札幌徳洲会病院　院長 殿

機　　関　　札幌徳洲会病院

職　　位　　看護師長/看護主任

推薦者(自署)　　　　　　　　　　　　印

　札幌徳洲会病院看護師特定行為研修センターの受講者として、次の者を推薦します。

　氏名：

　推薦理由【　受講修了後の活動や所属部署から期待される役割などを記入　】

|  |
| --- |
|  |

※研修生番号は記載しないこと

■貴施設での実習指導の可能性：　　有　　・　　　無

・■は、志願者が札幌徳洲会病院以外の所属の場合に記入します。

・特定行為区分の実習指導のできる医師が必要となります。指導できる医師とは、　　指導医講習会を受けていることが条件です。