|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

※欄は記入しないでください

推　薦　書

西暦　　　年　　月　　日

社会医療法人善仁会

理事長　濱砂　カヨ　様

施　設　名

職　　　位

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　印

特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 |  |

推薦理由（受講修了後に期待する役割も含めて記入してください。）