

※受験番号

## 推 薦 書

西暦 年 月 日

大阪大学医学部附属病院長 殿

施 設 名  
職 名  
推薦者氏名 (自署)  
住所  
TEL

大阪大学医学部附属病院看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦いたします。

記

受講志願者氏名 : \_\_\_\_\_

推薦理由 (受講修了後の期待される役割等について記入して下さい。)