|  |
| --- |
| ※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。）

|  |
| --- |
|  |