

※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。）

--