推　　薦　　書

平成　　　年　　月　　日

医療法人社団藤聖会八尾総合病院

理事長　藤井　　久丈　　殿

施　設　名

役 　　職

推薦者（自署）　　　　　 　　　　　　　　　印

医療法人社団藤聖会八尾総合病院看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

氏　　名

推薦理由【所属先から期待される役割などを記入】

|  |
| --- |
|  |

貴施設での実習指導の可能性　　　　　　有　　　　・　　　　無

※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。