様式３

※受験番号	

推　薦　書

西暦＿＿＿＿年＿＿＿月＿＿＿日

山口県済生会豊浦病院　病院長　殿

部署名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所属長名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

山口県済生会豊浦病院看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦いたします。

志願者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【推薦理由】