別記様式第4号（第10条関係）

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| コースNo |  | ※受験番号 |  |

推　薦　書

　　　　　年　　　月　　　日

　自治医科大学学長 殿

機　　関

職　　位

推薦者(自署)　　　　　　　　　　　　印

　自治医科大学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【　受講修了後の進路や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。