（様式４）

※受験番号	

推 薦 書

令和　　年　　月　　日

（宛先）地方独立行政法人
　　静岡市立静岡病院　理事長 あて

施設名

職位

推薦者（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

静岡市立静岡病院の看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

○被推薦者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【推薦理由】 ＊現在の職務内容および受講修了後の期待される役割などを記載して下さい。