

# 推 薦 書

年 月 日

地方独立行政法人  
岐阜県総合医療センター理事長 殿

住 所 :

施設名 :

職名 :

施設長 (推薦者) : 印

TEL :

下記の者は、2024年度岐阜県総合医療センター看護師特定行為研修の受講者として、要件を十分に満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

## 記

受講申込者氏名 :

推薦理由【受講修了後の進路や期待される役割等について記入して下さい。】