

別紙様式 4

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。】