KD教育-Ca00004(00)

（様式３）

受付番号：

**推　薦　書**

西暦　　　　　年　　　月　　　日

医療法人豊田会

刈谷豊田総合病院

病院長　様

下記の者を看護師特定行為研修の受講生として推薦します。

ふ り が な

受講志望者氏名

推薦理由（推薦理由とともに組織としての活用計画（手順書作成体制、医療安全管理、研修修了後に貴施設で期待する役割や組織としての展望等）もご記入ください）

施 設 名

　　　 推薦者職位・氏名（自署）

（施設長又は看護部長等）