別紙様式４（第６条関係）

※受験番号

推　薦　書

（　　　年度　高知大学医学部附属病院看護師特定行為研修　出願用）

高知大学医学部附属病院長　殿

施設等の名称

役職・氏名

高知大学医学部附属病院看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦します。

受講志願者　氏名

【推薦理由】

|  |
| --- |
|  |

※推薦者がいない場合は、上欄にその理由を記入して提出すること。