受験番号：

**推薦書**

旭川医科大学病院長　殿

年　　　月　　　日

施設名

役職

推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　印

　下記の者は、旭川医科大学病院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されますので、ここに推薦いたします。

受講申請者氏名

|  |
| --- |
|  |

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載して下さい】