**別紙様式4**

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  | (希望する区分別科目No.○で囲んで下さい) |  | (HITO病院記入欄) |
| **区分No** | **1 ・ 2 ・ 3 ・ 4 ・ 5 ・ 6 ・ 7** | **※受験番号** |  |

**推 薦 書**

年　　月　　日

社会医療法人石川記念会 HITO病院　理事長　殿

所 属 名

所 属 長

社会医療法人石川記念会HITO病院看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

氏　　名

推薦理由【　受講修了後の進路や所属先から期待される役割などを記入　】

|  |  |
| --- | --- |
| (該当するところを○で囲んで下さい) | |
| 自施設での実習指導の可否 | 可　　・　　不可 |