（様式　5）

推　薦　書

西暦　　年　　月　　日

社会医療法人生長会
ベルランド総合病院病院長　殿

推薦者氏名（自署）：
施設名：
役職：
住所：

下記の者は、社会医療法人生長会 ベルランド総合病院 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【研修受講修了後の展望や期待される役割等について記入して下さい】
※Word等で作成し、印刷したものを添付して頂いても結構です。