

※受験番号

推 薦 書

西暦 年 月 日

独立行政法人国立病院機構

福岡東医療センター 院長 様

施 設 名

職 位

推薦者氏名

印

看護師特定行為研修の研修生として、次の者を推薦します。

研修生 氏名：

推薦理由

*パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。

※欄は記入しないこと