（様式４）

|  |  |
| --- | --- |
|  |  |

**推　薦　書**

令和　　年　　月　　日

独立行政法人国立病院機構

長崎医療センター

看護師特定行為研修センター長 様

施設名

職位

　 　推薦者名 印

貴院の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。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
|  |  |  |
|  |

※は記載しないこと。