別紙様式4

※受験番号

推　薦　書

西暦　　　　　年　　　月　　　日

加賀市医療センター病院長　殿

施設名

所属長（役職名）

氏名　　　　　　　　　　　　　　　　 　印

加賀市医療センター看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦します。

出願者氏名

【推薦理由】