

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】