別紙様式4(第10条関係)	※受験番号
推薦書	
	年 月 日
加賀市医療センター病院長 殿	
施設名	
<u>氏名</u>	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。
<u>出願者氏名</u>	
【推薦理由】	