（様式 4）
受付番号：※記入不要

推　　薦　　書

(西暦)　　年　　月　　日

岩手医科大学附属病院
高度看護研修センター長　様

・手書きでご氏名をお書き下さい。

推薦者氏名（自署）　　印
職　　位
住　　所〒

TEL
FAX

下記の者は、　特定行為教育課程　の教育を受ける要件を十分に充たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

氏　名(申請者)：

推薦理由