（様式 4）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受付番号：

**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

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