（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