様式　5

| 受験番号 | ※（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、認定看護分野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