

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

・手書きで氏名をご記入下さい。

推薦者氏名（自署）印

職位

住所 〒

TEL

FAX

以下の者は、認定看護分野の教育を受ける要件を十分に満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

受験者氏名：_____

【推薦理由】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

【特定行為研修の自施設実習について】

当センターでは、募集要項に記載しているとおり、特定行為の自施設実習を原則としています。つきましては、自施設での特定行為実習の実施について、該当部分にチェックを入れて下さい。なお、不可の場合は不可の理由を、実施準備中の場合は、施設の状況についてもご記入下さい。

☒ 可

☐ 不可

理由：.....

☐ 実施準備中

状況：.....

不可もしくは実施準備中の場合は、必ず不可の理由
もしくは施設実施準備状況をご記入ください。