（様式4）

受 講 推 薦 書

日 本 慢 性 期 医 療 協 会
会 長　橋 本 康 子　殿

下記の者を、日本慢性期医療協会が主催する看護師特定行為研修の受講生として推薦いたします。また、下記の者の受講が決定した場合には、本施設に在職しつつ、受講することを認めます。

受講志望者氏名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（西暦）　　年　　月　　日

施　設　名

代表者職位

代表者氏名　　印