**別紙様式４**

（希望する区分別科目№を○で囲んで下さい）

(愛媛大学病院記入欄)

と

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **区分No**  | **1 ・ 2 ・ 3 ・ 4** | **※受験番号** |   |

推 薦 書

　　　　　年　　　月　　　日

 　愛媛大学医学部附属病院長 殿

　　　　　　　　　　所 属 名

　　　　　　　　　　所 属 長 　　　　　　　　　　　　　　　㊞

愛媛大学医学部附属病院看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

氏　　名

推薦理由【 受講修了後の進路や所属先から期待される役割などを記入 】

|  |
| --- |
|  |

（該当するところを○で囲んで下さい）

|  |  |
| --- | --- |
| 自施設での実習指導の可否 | 可　　・　　不可 |

　　＊創傷管理関連で受講推薦する場合は、自施設での実習指導が可能であることが必須。