様式3

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

**推　薦　書**

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

社会福祉法人恩賜財団済生会支部

茨城県済生会水戸済生会総合病院

病院長　生澤　義輔　殿

推薦者所属施設

職　位

推薦者(自署)　　　　　　　　　　印

　貴院の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

＊※欄は記入しないこと。