

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。