様式４

|  |
| --- |
| ※受験番号  |

# 推 薦 書

平成 　年 　月 　 日

東京新宿メディカルセンター

 　　院長　関根　信夫　　　殿

施設等の名称

長の氏名 　　　　印

JCHO東京新宿メディカルセンター看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦いたします。

受講志願者氏名

【推薦理由】

|  |
| --- |
|              |