

様式 4

(希望する区分No.を○で囲んで下さい)

(※は松江赤十字病院記入欄)

受講希望特定行為 区分 No	1・2・3・4・5・6・7・8	※申込番号	
-------------------	-----------------	-------	--

推 薦 書

令和 年 月 日

松江赤十字病院
院長 大居 慎治 様

施 設 名

施設長

Ⓜ

松江赤十字病院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 【研修への支援方法や研修修了後の所属施設における活用計画を含む】

--