**別記様式４（第１５項第４号関係）**

(筑波大学附属病院記入欄)

と

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **コース No**  |  **１　・　２　・　３　・　４　・　５**（希望する区分別科目№を○で囲んで下さい）**６　・　７　・　８　・　９　・　１０** | **※受験番号** |   |

推 薦 書

平成　　　年　　　月　　　日

 　筑波大学附属病院長 殿

　　　　　　　　　　組織名

　　　　　　　　　 組織長 　　　　　　　　　　　　　　　㊞

筑波大学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能性 | 有　　・　　無 |