**推　薦　書**

**西暦　　　　年　　月　　日**

**東京大学医学部附属病院長　殿**

**推薦者氏名（自署）　　　　　 　　 　印**

**施　設　名：**

**住所　〒**

**TEL:**

　下記の者は、東京大学医学部附属病院 看護師特定行為研修の受講者として、要件を充分に満たしていると評価されますので、ここに推薦いたします。

**受講申請者氏名：**

推薦理由【受講修了後の進路や期待される役割等について記入して下さい。】

|  |
| --- |
|  |

貴施設での実習指導の可能性　　：　　有り　　・　　無し

＊特定行為区分の実習指導のできる医師が必要となります。指導できる医師とは、指導医講習会を受講済みであることが条件です。