

※受験番号：

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。】

・受講申請者の所属施設での臨床実習は可能ですか： 可能 ・ 不可能

* 受講申請者の所属施設で臨床実習が困難な場合には、東京大学医学部附属病院で臨床実習を行います。

* 臨床実習を行う際は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、当該特定行為を指導する能力を有し、臨床研修医の指導医講習会を受講済みであることが条件です。