

# 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。