様式２

県立宮崎病院看護師特定行為研修　推薦書

県立宮崎病院長　殿

県立宮崎病院看護師特定行為研修の受講生として、次の者を推薦致します。

令和　　　　年　　　　月　　　　日

所　属：

役　職：

氏　名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

|  |  |
| --- | --- |
| 受講志願者氏名 |  |
| 【推薦理由】 |

※注　推薦するにあたり、専門性、協調性、自発性、判断能力等のご意見をお書きください。