様式５

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　※受付番号：

　　　　　　　　　　推　薦　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　　月　　　日

医療法人　弘恵会

ヨコクラ病院　理事長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者氏名（自署）　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　職　　位

　　　　　　　　　　　　　　　　住　　所　〒

　　　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ

　　　　　　　　　　　　　　　　ＦＡＸ

下記の者は、医療法人弘恵会ヨコクラ病院看護師特定行為研修の受講生として、

要件を十分に充たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

受講申請者氏名：

推薦理由