別紙様式１－３

※受験番号：

**推　薦　書**

年　　月　　日

**千葉大学医学部附属病院長　殿**

**施設名**

**所属長（役職名）**

**氏　名（自署）**

　下記の者は、千葉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【研修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。】

|  |
| --- |
|  |