

推 薦 書

年 月 日

社会医療法人 敬和会 大分岡病院

看護師特定行為研修管理委員会委員長 様

所在地

所属施設(機関)名

所属施設(機関)長

印

下記の者は、2026年度社会医療法人敬和会 大分岡病院 看護師の特定行為に
係る研修制度 指定研修機関 出願に相応しいと認め、責任をもって推薦しま
す。

記

				受験番号	*
フリガナ		男 ・ 女	生年月日	昭和 平成 年 月 日	
志願者氏名					
推薦者役職 :		推薦者氏名 :		印	

- 注) 1.*欄は記入しないでください。
2.入力する場合はレイアウトを崩さないようにしてください。
3.推薦者氏名欄は手書きで自署捺印をしてください。
4.本推薦書は、所属施設(機関)長において厳封してください。