様式４

**推　薦　書**

令和　　年　　月　　日

香川大学医学部附属病院長　殿

施設等の名称

所属部局長の氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

**看護師の特定行為研修の受講生として、次の者を推薦いたします。**

　　　　　　受講志願者氏名

|  |
| --- |
|  |

**【推薦理由】**