|  |  |
| --- | --- |
| 様式第１－４号 | 受験番号 |
| 推 　薦 書　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　令和 　年 　月 　日地方独立行政法人福岡市立病院機構福岡市民病院院 長　　堀内　孝彦　様施 設　名役　　　 職氏　　　 名 　　　　　　　　　　　　　　　　印下記の者を特定行為研修の受講生として推薦します。記１．氏 名２．推薦理由　　　 |