|  |  |
| --- | --- |
| 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 | |