

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

【所属施設での臨地実習の可否】

臨地実習につきましては、研修修了後に臨床での活用をスムーズにするため、可能な限り自施設実習をお願いしております。下記項目にチェックをお願い致します。

全て所属施設で対応可 一部実習のみ所属施設で対応可 すべて不可

