|  |  |
| --- | --- |
| 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 | |
| 【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 | |