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