

# 推 薦 書

西暦 年 月 日

独立行政法人 国立病院機構

災害医療センター 院長 様

施 設 名

職 位

推薦者氏名

印

貴院の特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

受講者氏名：

推薦理由