

## 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。

申請者氏名：

推薦理由

\*パソコン入力をする場合には、ホームページからダウンロードしてください。