**（様式　4）**

**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 |

＊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。