（様式　4）

|  |  |
| --- | --- |
| ※受験番号 |  |

推薦書

西暦　　　年　　月　　日

社会医療法人財団　池友会

福岡和白病院

院　　長　　蒲池　浩文　殿

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は、ホームページからダウンロードしてください。

＊パソコン入力をする場合は、文字の大きさは10.5ポイントで入力してください

※は記入しないこと。