**様式５**

（※は看護部記入欄）

と

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| **受講区分**  | **在宅・慢性期領域パッケージ** | **※申込番号** |   |

推 薦 書

令和　　　年　　　月　　　日

 　秋田赤十字病院　院長　 殿

施設名

施設長　　　　　　　　　　　　　㊞

秋田赤十字病院特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

氏　　名

推薦理由【 研修修了後期待する役割を含む 】

|  |
| --- |
| 推薦理由【 研修修了後期待する役割を含む 】施設としての支援体制【 研修への支援方策】【 研修修了後の活用計画】 |