様式5

受験番号

　　　　 ※記入不要

推　薦　書

　年 　 月 　日

兵庫医科大学臨床教育統括センター長　殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　機関（施設）名

　　　　　　　　　　　　　　　　　所 在 地

　　　　　　　　　　　　　　　　　職　　位

推薦者氏名（自署）　　　　　　　　 　　　　㊞

　下記の者は、兵庫医科大学臨床教育統括センター認定看護師教育課程「手術看護分野」において、専門教育を受ける要件を十分に充たしていると判断し、責任を持ってここに推薦いたします。

記

　　　　　　　　　　　　氏名

推薦理由（業務評価、期待度など）

【注1】パソコン等により作成したものを貼付しても構いません。