様式5

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： |  |
| 推薦者職位： |  |
| **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

志願者氏名

**推薦理由（業務評価、期待度など）**

|  |
| --- |
|  |

【注】 パソコン等で作成したものを枠内に貼付しても構いません。