（様式４）

※受験番号	

推 薦 書

令和　　年　　月　　日

社会医療法人ペガサス
馬場記念病院長

施設名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

職位＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

推薦者（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿印

社会医療法人ペガサス馬場記念病院の看護師特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

ふりがな
○受講者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

【推薦理由】 ＊現在の職務内容および受講修了後の期待される役割などを記載して下さい。