|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
|  |  | **※受験番号** | (医療法人社団DSP記入欄) |

推 薦 書

　　　　　年　　　月　　　日

　医療法人社団ダイアステップ　理事長 殿

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　組織名

組織の長（役職名）

氏　　名 　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

医療法人社団ダイアステップにより実施される看護師特定行為研修の受講者として、次の者を推薦します。

所 　属

氏　　名

推薦理由【 受講修了後の進路や所属先から期待される役割などを記入 】

|  |
| --- |
|  |

|  |  |
| --- | --- |
| （参考）自施設での実習指導の可能性 | （該当するところを○で囲んで下さい）  有　　・　　無 |