

推 薦 書

申請者氏名： _____

上記の者は、「脳卒中リハビリテーション看護」認定看護師教育課程の教育を受ける要件を十分に満たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

(研修修了後の所属先から期待される役割、活動予定などを記入してください。)

【推薦理由】

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

(西暦) 年 月 日

推薦者氏名 (自署) : _____ 印

職位 (名) :

所属機関 :

住所 : 〒 _____

TEL :

FAX :

(注) ○看護部長に相当する職位の方がご記入ください。