様式４

|  |
| --- |
| ※受験番号 |

**推　薦　書**

　　　年　　月　　日

群馬県立県民健康科学大学長　様

施設等の名称

長の氏名　　　　　　　　　　　　　　　印

群馬県立県民健康科学大学看護師特定行為研修課程の入学生として、次の者を推薦いたします。

　　　　　　　　　　　志願者氏名

**【推薦理由】**

※　推薦理由は入学者が修了後に組織で活動するための組織のビジョン、勤務時間中の実習についてスタッフへの周知や業務のサポート体制、所属先から期待される役割などを含めて記入してください。

（注）※印欄には記入しないこと。