（様式 4）

受験番号：
（※記入不要）

推　薦　書

受験する分野（該当に印（☑）を付けてください）

☐ がん放射線療法看護　　☐ がん薬物療法看護　　☐ 緩和ケア

受験者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は、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、ここに推薦いたします。

【特定行為研修の自施設実習についての確認事項】

当センターでは、原則、特定行為の自施設実習を推奨しています。つきましては、自施設での特定行為実習の実施について、気がかりな点などがありましたら、下記にご記入ください。

西暦　　年　　月　　日

推薦者の所属機関の住所

〒

推薦者の所属機関名

職位＿＿＿＿＿＿＿＿　推薦者氏名（自署）＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿㊞

電話番号（　　）　　－

※必ずＡ４版１ページに収めてください。