様式４

新古賀リハビリテーション病院みらい　特定行為研修

※受験番号：

※受験番号は事務局で記載します

推 薦 書

年　　月　　日

新古賀リハビリテーション病院みらい

院長　大坪　義彦　殿

施設名：

職位：

推薦者（自署）：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿ ㊞

新古賀リハビリテーション病院みらいの特定行為研修の受講者として、下記の者を推薦します。

記

○被推薦者氏名：

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