**医療創生大学　保健師助産師看護師実習指導者講習会推薦書**

（様式1）

　令和　　年　　　月　　　日

学校法人　医療創生大学　学長　　殿

令和６年度医療創生大学保健師助産師看護師実習指導者講習会の受講者として、下記の者を推薦致します。

＊優先度の高い順に、記入してください。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 被推薦者名 | 推薦理由 | 備考 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

施設名：

　　　　　　　　　　　　　　　　 施設長名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 印

住　　所：　〒

　 記載者役職・氏名　：

　　　　　　　　　　　　　　 電　　話：　　　　　　　 （　　　　）

（記載者に連絡がとれる電話番号をご記入ください。）