＊

**推　薦　書**

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

受講者氏名：

上記の者は、感染管理認定看護師教育課程（特定行為研修を組み込んでいる教育課程）の教育を受ける要件を十分に充たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

【推薦理由】

|  |  |
| --- | --- |
| 推薦者氏名（自署）： | 印 |
| 所属機関： |  |
| 職位※： |  |
| 住所： | 〒 |
| T E L： |  |

※看護部長等の職位の方がご記入ください。