|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※記載しないでください |

推 薦 書

北海道公立大学法人

札幌医科大学長　様

私は、次の者を、札幌医科大学附属感染症医療教育・支援センターの

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：

B課程教育機関）教育を受ける要件を十分に満たしていると認め、責任を持

って推薦いたします。

出願者氏名：

【推薦理由】

|  |
| --- |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |
|  |

記入日：西暦　　　　年　　月　　日

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 施設所在地 | 〒 | |
| 施設名 |  | |
| 電話番号 |  | |
| 職位 |  | |
| 推薦者氏名  （自署） |  | 印 |