（様式6）　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　受験番号：

推薦書

西暦　　　　　年　　月　　日

申請者氏名：

上記の者は、集中ケア認定看護師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

職位名※　：

機関（施設）名：

機関（施設）所在地 ：〒

ＴＥＬ：

ＦＡＸ：

* 看護部長の職位の方がご記入下さい。