推　薦　書

様式第１

西暦　　　　　年　　月　　日

大阪府知事　様

施設名

施設長　　　　　　　　　　　　　公印

氏　　名

生年月日 西暦　　　　　年　　　月　　　日 生

住　　所

推薦理由　（受講資格を確認のうえ、受講適任者と判断された理由を記入してください。）

推薦順位　　　　位／　　　　名中

受講者の受講後の予定（該当するものに✓してください）

医療機関勤務の方：　□養成所へ異動　　□施設内での教育を担当　　□未定または変更無し

養成所勤務の方　：　□専任教員として雇用　　　□未定または変更無し