

大阪保健福祉専門学校用

推薦願い申出書

申出年月日： 年 月 日

公益社団法人大阪府看護協会
会長 弘川 摩子 様

2025 年度大阪保健福祉専門学校 2 年課程通信制受験のための推薦をお願いいたしたく、「就業証明書の写し」を添えて下記のとおり申出いたします。

フリガナ	生年月日				
申出者氏名	西暦 年 月 日				
勤務先	大阪府会員番号				
現住所 電話番号	〒 ー 電話番号（自宅または携帯）				
会員歴	西暦 年 ～	合計 年			
	西暦 年 ～				
	※入会開始年から記載。現在まで継続している場合は開始年～現在に至ると明記する。				
就業期間 合計	年 ヶ月				
大阪府看護 協会委員歴	委員会名： 就任年：西暦 年				

上記の者は本施設の准看護師であり、貴協会の推薦を受けるにふさわしい人物と認めます。

施設名

役職 氏名 印