（様式２）

**推　薦　書**

令和　　年　　月　　日

佐賀大学医学部附属病院

特定行為研修管理委員会委員長　殿

推薦者氏名（自署）　　　　　　　　　　印

施設名

住所　〒

TEL：

下記の者は、佐賀大学医学部附属病院特定行為研修の受講生として、要件を充分に満たしていると

評価されますので、ここに推薦いたします。

　　　受講申請者氏名　：

　　　推薦理由

|  |
| --- |
|  |