

※受験番号

記入日： 年 月 日

## 推 薦 書

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院長 殿

推薦者

施設名：

役 職：

氏 名： \_\_\_\_\_ ㊞

国家公務員共済組合連合会 浜の町病院 特定行為研修の受講生として、次の者を推薦い

たします。

受講志願者氏名	
推薦理由	

※推薦するにあたり、専門性、協調性、判断力などを含めて、総合的なご意見をご記入ください。PC 等での入力の際は、ホームページよりダウンロードしてください。

※※欄は記入しないでください