（2025：様式7）

**推　薦　書**

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

申請者氏名：

上記の者は，感染管理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。

推薦者氏名（自署）：　　　　　　　　　　　　　　　㊞

所属機関（施設）：

職位（名）：

所属機関住所：（〒　　　－　　　　）

電話：

推薦理由（人物像、将来期待する事等）

特定行為研修区分別科目の臨地実習について、以下のいずれかに✓してください。

* 自施設での実習が可能である
* 自施設での実習が難しい　→　理由：