（様式１）

**2024年度 藤田医科大学臨地実習指導者講習会推薦書**

　　　　　西暦　　　　年　　月　　日

藤田医科大学保健衛生学部

殿

臨床看護研修センター長

　　　　　　　　　　　　　　　　　　施 設 名

施 設 長　　　　　　　　　　　　印

　2024年度藤田医科大学臨地実習指導者講習会の受講について、次の者を推薦いたします。

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 推薦順位 | 氏　名 | 推 薦 理 由 |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |
|  |  |  |

複数枚必要の場合は、コピーしてご使用下さい。

施設長名の印は、施設長印（公印）を押印して下さい。