様式１

推　　薦　　書

令和　　年　　月　　日

石川県健康福祉部地域医療政策課長　様

施設名

施設長

令和７年度特定分野における保健師助産師看護師実習指導者講習会の

受講者の推薦について

このことについて下記のとおり推薦いたします。

記

１　被推薦者

 　　　氏　　名

２　推薦理由

（受講資格を確認のうえ、受講適任者と判断された理由を記入して下さい）

３　推薦順位 位　／　　　　名中

（施設から複数名推薦される場合は必ず施設順位を記入して下さい。）