

# 推 薦 書

令和 年 月 日

兵庫県健康福祉部健康局長 様

施設名 \_\_\_\_\_

施設長 \_\_\_\_\_

令和 3 年度兵庫県保健師助産師看護師実習指導者講習会（特定分野）の受講者を下記のとおり推薦します。

## 記

### 1 被推薦者

- (1) 氏 名
- (2) 生年月日 (昭和・平成) 年 月 日
- (3) 職 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 (複数の推薦者がある場合)

### 4 令和 3 年度の貴施設の実習受入れ状況について、あてはまる番号に○をつけ、学校名を記入して下さい。(必ず記載してください。)

(1) 受入れあり → 下表に養成所名、大学、短大名等を記入してください。

課程 学校名	助産師課程	看護師 3 年課程	看護師 2 年課程	准看護師課程
養成所				
大 学 短 大 高 校				

(2) 受入れなし → 令和 3 年度以降に、養成所・大学等（助産師課程、看護師 3 年課程、看護師 2 年課程、准看護師課程）の実習を受け入れる予定 → あり なし