

受付番号 *

2019年度 東京都看護教員短期研修受講者推薦書

年 月 日

施設名

施設長名

印

東京都看護教員短期研修受講者として下記の者を推薦します。

記

- 1 受講者氏名 _____
- 2 推薦理由（責任感、協調性、研究心、コミュニケーション能力、健康状態、勤務年数、勤務状況等）

| |
|--|
| |
|--|

注 (1) *印欄は記入しないこと (2) 施設長の押印は公印とすること (3) 研修開始時にも在職していること