

(様式6)

## 推 薦 書

西暦 年 月 日

神奈川県立保健福祉大学長 様

令和4年度 感染管理認定看護師教育課程の学生として、次の者を推薦します。

住所

ふりがな

氏名

生年月日 (西暦) 年 月 日生

勤務施設名

勤務施設所在地

推薦理由

(卒後に期待する役割など)

施設名

施設長名

公印