推　薦　書

令和　７年　　月　　日

公立大学法人　神奈川県立保健福祉大学長様

令和７年度 医療安全管理者養成研修の受講者として、受講資格を満たしており、

当施設より下記の者を推薦いたします。

受講申込者氏名

【推薦理由】あてはまるものにチェックしてください。

その他を選んだ場合は理由をお書きください。

☐　医療安全管理者として業務を行っているため

　☐　部門もしくは部署のリスクマネージャーのため

　☐　医療安全教育を担当しているため

　☐　医療安全管理者として業務を行うことが予定しているため

　☐　その他（理由　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　）

【施設内推薦順位】　（ 第　　位 ）／（　　）名中　（複数の推薦者がある場合）

推薦者所属施設名

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者役職

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　推薦者氏名