**福島県保健師助産師看護師実習指導者講習会推薦書**

（様式1）

　令和　　年　　　月　　　日

福島県看護協会長　　殿

令和7年度福島県保健師助産師看護師実習指導者講習会の受講者として、下記の者を推薦致します。

＊優先度の高い順に、記入してください。

|  |  |
| --- | --- |
| 被推薦者名 | 推薦理由 |
|  |  |
|  |  |
|  |  |

施設名：

　　　　　　　　　　　　　　　　 施設長名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　 印

住　　所：　〒

　 記載者役職・氏名　：

　　　　　　　　　　　　　　 電　　話：　　　　　　　 （　　　　）

（記載者に連絡がとれる電話番号をご記入ください）