（2024：様式8）

**推　薦　書**

（西暦）　　　　　年　　　月　　　日

受講試験出願者氏名：

上記の者は，認定看護師教育課程の教育を受ける要件を十分に充たしていると評価しますので、ここに推薦いたします。

推薦者氏名（自署）：

所属機関（施設）：

職位（名）：

所属機関住所：（〒　　　－　　　　）

電話：

推薦理由（人物像、将来期待する事等）