

推 薦 状

精神科認定看護師の再取得資格審査の申請にあたり下記の申請者を推薦いたします。

申請者が記入

| | |
|-------|---|
| 申請者氏名 | |
| 確 認 欄 | 自身が管理者であるため上司がない場合は、下記にチェックを入れてください。 <input type="checkbox"/> 私自身が管理者であるため、推薦者はいません。 |

上司が記載

※西暦で記載

| 過去5年間の 勤務経験 | 勤務期間 | | 年数 | 診療科名・部門の特性・役職等 | 雇用形態 |
|------------------|--|-----|-----|----------------|------|
| | 自 | 年 月 | 年 | | 常 勤 |
| | 至 | 年 月 | ヵ月 | | 非常勤 |
| | 自 | 年 月 | 年 | | 常 勤 |
| 至 | 年 月 | ヵ月 | 非常勤 | | |
| 申請者との 関 係 | ※申請者とどのような関係にありますか。 現在の上司 ・ 元上司 ・ その他 () | | | | |
| | ※申請者をどれ位の期間、ご存知ですか。 年 ~ 年 | | | | |
| 推 薦 す る 理 由 | | | | | |
| 活 動 実 績 | 看護 実践力 | | | | |
| | 役割 | | | | |
| | 指導力 | | | | |

年 月 日

施 設 名

推 薦 者 役職名

氏 名

Ⓔ

(自筆署名または押印)

* 上司により記載し、記載者により厳封すること (開封無効)