**第35回 ストーマリハビリテーション北海道講習会　推薦書**

　　所属

　　申込者氏名

１．受講希望の理由(申込者が記載)

２．直属上司（院長、部長、看護師長など）の推薦

　　推薦者役職

　　推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※自署または記名・押印