**第36回 ストーマリハビリテーション北海道講習会　推薦書**

　　所属施設名

　　申込者氏名

（看護師免許証等に記載されている正式な漢字で記載して下さい）

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

＊Web講習は小テスト、レポート作成などの自己学習を含め17時間以上を要します。定められたレポート提出期限が守られない場合、Web講習の進捗状況が著しく遅れている場合には、事務局より推薦者へ連絡をさせていただく場合があります。