**第38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

施設内の優先順位（　 　　）位として推薦 (※)

　　推薦者役職

　　推薦者氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

※自署または記名・押印

* 施設から複数応募のある場合は、必ず施設内で調整し、優先順位を記載して下さい。施設内から1名のみの応募の場合は１位と記載してください。原則として優先順位に沿って選考します。但し、講習会運営上の都合で優先順位と異なる場合もあることをご了承ください。