

様式3

推 薦 書

年 月 日

長崎県看護キャリア支援センター長 様

施設の名称： _____

施設の住所： _____

施設長名： _____

印

2026年度長崎県保健師助産師看護師実習指導者講習会の受講者を、次のとおり推薦します。

| 推薦順位 | 氏 名 | 推 薦 理 由 |
|------|-----|---------|
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |
| | | |