(様式２)

実習指導者養成講習会用推薦書

**推　薦　書**

（西暦）　　　　年　　　月　　　日

　　　済生会横浜市東部病院長　殿

施設名

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　印

看護部長名

2024年度　済生会横浜市東部病院実習指導者養成講習会の受講者として、次の者を推薦いたします。

ふりがな

氏　　名

生年月日　　（西暦）　　　年　　月　　日生

職　　種

職　　位

**推薦理由（該当するものに○をつけてください）**

１．現在、実習指導を担当している

２．今後、実習指導を担当させたい

３．その他（　　　　　　　　　　　）

**施設内優先順位を記入してください（複数の推薦者がある場合）　　【　　　　　】**

**実習受け入れ状況（該当するものに○をつけてください）**

現在、実習を受け入れている

（大学・短大・３年課程・３年課程定時制・２年課程・２年課程定時制・准看護師課程・通信制）

現在、実習は受け入れていないが、今後予定している

済生会横浜市東部病院実習指導者養成講習会用