

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

2025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