|  |  |
| --- | --- |
| **申込番号** |  |

**推薦書**

令和　　年　　月　　日

一般社団法人　日本周麻酔期看護医学会　殿

**施設名**

**所属**

**職種　麻酔科専門医　職位**

**氏名　　　　　　　　　　　　　　　印**

日本周麻酔期看護医学会の認定申請者として次の者を推薦します。

なお、認定後に周麻酔期看護師は日本周麻酔期看護医学会が定める行動規範に則り、業務を遂行させることを誓約いたします。

**被推薦者名**

推薦理由

|  |
| --- |
|  |