様式１

推　　薦　　書

令和５年　　月　　日

兵庫県保健医療部医務課長　様

施設名

施設長

令和５年度兵庫県保健師助産師看護師実習指導者講習会（一般分野）の受講者を下記のとおり推薦します。

記

１　被推薦者

 (1)　氏　　名

 (2) 生年月日 （昭和・平成）　　年　　月　　日

 (3) 職　　名

２　推薦理由（受講資格を確認のうえ、受講適任者と判断された理由を記入して下さい。）

３　推薦順位 位　／　　　　名中

４　令和５年度の貴施設の実習受入れ状況について、あてはまる番号に○をつけ、学校名を記入して下さい。（必ず記載してください。）

1. 受入れあり　→下表に養成所名、大学、短大名等を記入してください。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 　　課程学校名 | 助産師課程 | 看護師３年課程 | 看護師２年課程 | 准看護師課程 |
| 養成所 |  |  |  |  |
| 大　学短　大高　校 |  |  |  |  |

1. 受入れなし　→令和５年度以降に養成所・大学等（助産師課程、看護師3年課程、

看護師2年課程、准看護師課程）の実習を受け入れる予定　→　あり　なし