**推薦書**

令和　　年　　月　　日

公益社団法人　日本麻酔科学会　殿

**施設名**

**氏名　　　　　　　　　　　　　印**

日本麻酔科学会特定行為研修（術中パッケージ・協力病院型）の受講者として次の者を推薦します。

受講者名

推薦者名

□推薦者は、「麻酔科医」または、「麻酔科専門医」です　(※確認後、チェック)

研修終了後に期待する役割を含めた推薦理由

|  |
| --- |
|  |