**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**

**代表者名　　　　　　　　　　　　公印**

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

日本麻酔科学会代表専門医

推薦者名　　　　　　　　　　

看護部長

推薦者名

研修終了後に期待する役割を含めた推薦理由

|  |
| --- |
| 日本麻酔科学会代表専門医推薦者 |
| 看護部長推薦者 |