セコム医療システム株式会社　看護師特定行為研修

推薦書

2023年　　　月　　　日

セコム医療システム株式会社

看護師特定行為管理委員会 殿

施設等の名称：

役 職：

　　　　　　　　　　　　　　推薦者の氏名（自署）：

セコム医療システム株式会社 看護師特定行為研修の受講生として、次の者を

推薦いたします。

志願者氏名：

推薦理由（研修修了後の期待される役割などを記入ください）

|  |
| --- |
|  |

注）受講資格

本研修の受講には、次の要件をすべて満たす必要があります。

①看護師免許を有すること

②看護師の免許取得後、通算5年以上の実務経験を有すること

③受講生の所属施設において特定行為の実践・協力が得られ、所属部門長（看護部長

等）及び施設長（病院長）の推薦状があること

④看護職賠償責任保険に加入していること

⑤研修で行う臨床実習をすべて受講生の所属施設で行うことが可能であること

セコム医療システム株式会社　看護師特定行為研修

推薦書

2023年　　　月　　　日

セコム医療システム株式会社

看護師特定行為管理委員会 殿

施設等の名称：

役 職：

　　　　　　　　　　　　　　推薦者の氏名（自署）：

セコム医療システム株式会社 看護師特定行為研修の受講生として、次の者を

推薦いたします。

志願者氏名：

推薦理由（研修修了後の期待される役割などを記入ください）

|  |
| --- |
|  |

注）受講資格

本研修の受講には、次の要件をすべて満たす必要があります。

①看護師免許を有すること

②看護師の免許取得後、通算5年以上の実務経験を有すること

③受講生の所属施設において特定行為の実践・協力が得られ、所属部門長（看護部長

等）及び施設長（病院長）の推薦状があること

④看護職賠償責任保険に加入していること

⑤研修で行う臨床実習をすべて受講生の所属施設で行うことが可能であること