感染制御実践看護学講座

受講者推薦書

東京医療保健大学

感染制御学教育研究センター長　殿

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 【推薦者】 |  | |
| 病院名 |  | |
| 部　署 |  | |
| 役　職 |  | |
| 氏　名 |  |  |
| 住　所 |  | |
|  | | |

下記の者が、令和８年度 東京医療保健大学 感染制御学教育研究センター  
「感染制御実践看護学講座」を受講することについて責任をもって推薦いたします。

記

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 受講希望者氏名 |  | |
| 受講希望者の現在の職務と  感染管理との関わり |  | |
| 受講希望の本講座修了後に  見込まれる担当業務  （専従又は専任の区分含む） |  | |
|  |  | |
| ※入学後 自施設において当該受講生の6週間の実習を受け入れることを承諾する（必須） | | * 承諾します   推薦者は確認後チェックを入れてください |

以上