

推 薦 書

年 月 日

公益社団法人地域医療振興協会
理事長 吉 新 通 康 様

公益社団法人地域医療振興協会 診療看護師（NP）養成課程学生奨学金の申請に際し、
下記の条件を満たす者を適任と認め推薦する。

所属施設名：_____

氏 名：_____

推薦の条件

1. 地域医療振興協会の理念を理解し、チャレンジ精神が旺盛である。
2. 自他共に認める臨床能力がある。
3. 人間関係の構築が上手く、誰とでも謙虚にコミュニケーションが図れる。
4. 危機に際して、状況判断能力がありマネジメント力も備えている。
5. 自己の健康管理ができる。
6. NP となった後、直ちに最長2年の卒後臨床研修に従事し、卒後臨床研修の終了後、直ちに協会が指定する医療機関で業務に従事できる。

推薦者と被推薦者との関係：

推薦理由：

推薦者職位：

推薦者氏名：