参考書式２

令和　　年　　月　　日

○○病院長　様

鳥取県○○地区メディカルコントロール協議会長

（　公　印　省　略　）

薬剤投与実習推薦書

　資格、経験、人柄等の点から下記の人物は、薬剤投与を行わせるにふさわしい救急救命士と判断しました。

ついては、貴院において、実習を許可されるよう推薦いたします。

記

１　推薦する救急救命士

　　氏名

性別

年齢　　歳

　　住所

２　所属機関

　　所属機関名　：

　　所属機関実習責任者氏名　：

　　連絡先及び電話番号　：