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　）

気管挿管実習推薦書

　資格、経験、人柄等の点から下記の人物を気管挿管を行わせるにふさわしい救急救命士と判断しました。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　推薦される救急救命士

氏名

性別

年齢

住所

２　所属機関

所属機関名

実習責任者氏名

連絡先