（別記第1号様式）

年　　月　　日

熊本県知事　様

所在地

医療機関名

代表者（職・氏名）

臓器移植院内コーディネーター推薦書

次の者は、熊本県臓器移植院内コーディネーターとしての活動を適切に行うことができる者と認められますので、推薦します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名（フリガナ） |  |
| 生年月日 |  |
| 所属 |  |
| 職 |  |
| 取得資格等 |  |
| メールアドレス（WEB研修会等案内用） |  |

（※）推薦者1名につき、1枚作成してください。

（記載担当者）

所属部所：

氏　　名：

連 絡 先：TEL

　　　　　　　　　　　　　　　 FAX

　　　　　　　　　　　　　　　　ﾒｰﾙ

※熊本県ホームページでの施設名の公表について（希望する・希望しない）

　（院内コーディネーター設置施設名のみ熊本県ホームページに掲載予定です）