

鳥取大学医学部附属病院「在宅医療推進のための看護師育成プログラム」  
受講証明書および報告書

受講生番号	受講者氏名
-------	-------

《受講証明書》

受講日時	年 月 日
講演会(学会・研究会)名称	
開催場所	
講演種別(いずれかに○)	特別講演 教育講演 セミナー シンポジウム カンファレンス その他
講演タイトル	
演者所属・肩書き・演者氏名	
座長・会長または受付担当者のサイン欄 (参加証のコピーでも代用)*	

《報告書》

講演内容についての考察
-------------

在宅医療推進支援室:受付日 月 日	確認欄
-------------------	-----

\* 本受講証明書および報告書は、鳥取大学医学部附属病院看護師育成プログラム Ⅲ訪問看護能力強化コース受講生が、貴会主催による研究会などに参加したことにより、講義の受講数として加算するための証明書です。

お手数ですが、受付担当者のご氏名を、サインしていただきますようお願い申し上げます。

お問い合わせ:鳥取大学医学部附属病院 医療スタッフ研修センター  
在宅医療推進支援室 山西由希子(PHS 070-5308-9682)