**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 | 受講生氏名 |

≪受講証明書≫

|  |  |
| --- | --- |
| 受講日時 |  |
| 会の名称 |  |
| 開催場所 |  |
| 種別(該当するものに○) | 特別講演　 教育講演　 セミナー 　シンポジウム  研修会 　 その他 |
| 主催者 |  |
| 主催者または受付担当者のサイン欄  (参加証のコピーでも可)\* |  |

≪報告書≫

|  |
| --- |
| 【研修会等の受講による成果】 |

|  |
| --- |
| 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　TEL:0859-38-6994