

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