受講証明書（認定看護師新規審査用）2

作成日 20　 年　 月 　 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　　名 |  | 会員番号 |  | | 認定番号 |  | |
| 本学会が主催する医療研修セミナーなど9時間以上受講した証明証 | | | | | | | |
| 開催日時 | | | | セミナー名（どちらかに☑） | | | 受講時間 |
| 20　　年　　月　　日　　：00～　　：00 | | | | □実践セミナー　□ワークショップ | | | 時間 |
| 20　　年　　月　　日　　：00～　　：00 | | | | □実践セミナー　□ワークショップ | | | 時間 |
| 20　　年　　月　　日　　：00～　　：00 | | | | □実践セミナー　□ワークショップ | | | 時間 |
| **合計（A）** | | | | | | | 時間 |
| **（受講証貼付）** | | | | | | | |