受講証明書（学会認定プライマリ・ケア看護師更新審査用）

作成日 20　 年　 月 　 日

|  |  |  |  |  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- | --- |
| 氏　名 | |  | | 会員番号 |  | 認定番号 |  | |
| (1)本学会が主催するプライマリ・ケア看護学ワークショップ9単位以上 | | | | | | | | |
| 開催日時 | | | | | セミナー名 | | | 受講単位 |
| 1 | 20　　年　　月　　日　　：～　　： | | | |  | | | 単位 |
| 2 | 20　　年　　月　　日　　：～　　： | | | |  | | | 単位 |
| 3 | 20　　年　　月　　日　　：～　　： | | | |  | | | 単位 |
| (2)-1本学会学術大会への参加(1回以上) | | | | | | | | |
| 開催日 | | | 大会名 | | | | | |
| 1 |  | |  | | | | | |
| 2 |  | |  | | | | | |
| (2)-2本学会の地域ブロック支部が主催する学術集会・研修会・講演会への参加(2回以上) | | | | | | | | |
| 開催日 | | | 学術集会名・研修会名・講演会名 | | | | | |
| 1 |  | |  | | | | | |
| 2 |  | |  | | | | | |
| 3 |  | |  | | | | | |
| 4 |  | |  | | | | | |

※行は適宜増やしてお使いください。

※別途、**受講証明書・参加証明書**をご提出ください。

提出される際は、ファイル名に**【受講証明書1：セミナー名】**など、上記記載欄に該当する番号と名称を入れてください。