研修受講証明書

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 |  |
| 所属 |  |
| 職種 |  |
| 使用目的 |  |

|  |  |
| --- | --- |
| 1 研修名 |  |
| 2 開催日時 | 令和　 年　 月　 日（　 ）　 時　 分～令和　 年　 月　 日（　 ）　 時　 分 |
| 3 開催場所 |  |

上記の者が本研修を受講したことを証明します。

令和　　年　　月　　日

研修主催者確認欄

主催者名　　一般社団法人寒河江市西村山郡訪問看護事業団

在宅医療・介護連携支援室

　　室　長　　白田　裕　　　㊞