様式9（第12条関係）

特定行為研修修了証

|  |  |
| --- | --- |
| フリガナ |  |
| 氏　名　 | （姓） | （名） |
| 看護師籍の登録番号及び登録年月日 | 第　　　　　　　　　　　　号 |
| 昭和平成令和 | 　　年　　月　　日 |
| 生年月日 | 昭和平成 | 　　年　　月　　日 |
| 修了した特定行為研修に係る特定行為区分の名称 |  |
| 特定行為研修を修了した年月日 | 令和　　　年　　　月　　　日 |
| 特定行為研修を実施した指定研修機関の指定研修機関番号及び名称 | 指定研修機関番号 |
|  |  |  |  |  |  |
| 指定研修機関の名称 |
| 国立大学法人熊本大学　熊本大学病院 |

上の者は、上記に係る特定行為研修を修了したことを認定する。

　令和　　年　　月　　日

国立大学法人熊本大学

熊本大学病院長　○○（氏名）　印