受講証明書

(様式9)

次の者について、下記研修を受講したことを証明します。

平成　　　　年　　　月　　　日

長野県松本市旭2丁目11番34号

公益社団法人長野県看護協会

会　長　　　松本　あつ子

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 |  |
| 研修会場 | 長野県看護協会会館 |

研修内容

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 研修名 |  | |
| 研修受講日時 | | 研修受講時間数 |
| 平成　　年　　月　　日　　　　　時　　　分から  平成　　年　　月　　日　　　　　時　　　分まで | | 時間 |
| 平成　　年　　月　　日　　　　　時　　　分から  平成　　年　　月　　日　　　　　時　　　分まで | | 時間 |
| 平成　　年　　月　　日　　　　　時　　　分から  平成　　年　　月　　日　　　　　時　　　分まで | | 時間 |
| 平成　　年　　月　　日　　　　　時　　　分から  平成　　年　　月　　日　　　　　時　　　分まで | | 時間 |
| 平成　　年　　月　　日　　　　　時　　　分から  平成　　年　　月　　日　　　　　時　　　分まで | | 時間 |
| 合計時間数 | | 時間 |

　　※「公印」がないものは無効です。