

特別研修受講証明書

会員番号：	よみがな 氏名：
-------	-------------

	講座名	受講日	証明印
A	治療法選択と意思決定支援		
B	看護倫理・エンド・オブ・ライフケア		
C	多職種協働・専門職連携		
D	高齢者ケア・認知症ケア・家族ケア		
E	検討中		
F	事例報告・事例研究の方法		

受講者は、会員番号、お名前（よみがな）、受講日（開催日・研修名）を予めご記入ください。
この用紙を【特別研修】の会場に持参して、受講後、必ず証明印を押印してもらってください。