

제 호

수료증

성 명:

생년월일:

간호사면허증번호 제 호

위 사람은 년 월 일부터 년 월 일까지 본 교육기관에
서 () 전문간호사 교육과정을 수료하였으므로 이 증서를 수여합니
다.

년 월 일

전문간호사 교육기관의 장

직인