

진료지원전담간호사 진료지원업무 현장실습교육 확인서				
인적사항	성명		간호사 면허번호	
	생년월일			
교육과정	교육과정 운영기관명	소재지	교육과정명	교육기간 (현장실습기간 포함) . . . ~
현장실습 교육기관	요양기관명	요양기관 기호	대표자 성명	현장 실습기간 . . . ~
현장실습 교육내용	1. 환자 평가 및 기록·처방 지원			
	2. 시술 및 처치 지원			
	3. 수술 지원			
※ 1. ~ 3.란은 「간호사의 진료지원업무 수행에 관한 규칙」 제4조제3항에 따라 보건복지부장관이 정하여 고시한 진료지원업무의 구체적인 내용 중에서 해당되는 내용을 선택하여 작성합니다.				
년 월 일				
의료기관의 장			직인	