

진료지원전담간호사 진료지원업무 교육 수료증

1. 성명:
2. 생년월일:
3. 간호사 면허번호:

위 사람은 「간호법」 제14조제1항제2호 및 「간호사의 진료지원업무 수행에 관한 규칙」 제9조제2항에 따라 다음의 교육과정을 수료하였으므로 이 증서를 수여합니다.

교육과정명	
교육기간 (현장실습 교육기간)	년 월 일 ~ 년 월 일 (년 월 일 ~ 년 월 일)
현장실습 교육기관명 (소재지)	

년 월 일

교육과정 운영기관의 장

직인