|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 特定行為第 |  | 号 |

**特定行為研修修了証**

|  |  |
| --- | --- |
| シ | メイ |
| **氏** | **名** |

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 看護師籍の登録番号 |  | 第 |  | 号 |
| 及び登録年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |
| 生年月日 |  |  | 年 |  | 月 |  | 日 |

**本学の特定行為研修を修了したことを証する**

特定行為区分

栄養及び水分管理に係る薬剤投与関連

感染に係る薬剤投与関連

指定研修機関番号 ２１３５００５

指定研修機関名称 公立大学法人山口県立大学

修了年月日 年　　月　　日

年　　月　　日

山口県立大学長

看護研修センター長