長野県ナースセンター長野県受託事業

2020年度再就職支援研修会（病院コース・助産師コース）　受講証明書（例）

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 |  |
| 会場名 |  |
| 受講日程 | ○月○日　○：○○～○：○○○月○日　○：○○～○：○○○月○日　○：○○～○：○○○月○日　○：○○～○：○○ |
| 合計時間数 | ○○時間 |

この研修を受講したことを証明します。

　　　研修会場

研修責任者名　　　　　　　　　　　　　　　印

長野県ナースセンター長野県受託事業

2020年度再就職支援研修会（病院コース・助産師コース）　受講証明書（例）

|  |  |
| --- | --- |
| 受講者氏名 |  |
| 会場名 |  |
| 受講日程 | ○月○日　○：○○～○：○○○月○日　○：○○～○：○○○月○日　○：○○～○：○○○月○日　○：○○～○：○○ |
| 合計時間数 | ○○時間 |

この研修を受講したことを証明します。

　　　研修会場

研修責任者名　　　　　　　　　　　　　　　印