**様式２－２**

（福島県立医科大学記入欄）

と

|  |  |
| --- | --- |
| **＊受付番号** |  |

看護師特定行為研修の修了歴

令和　　　年　　　月　　　日

氏名

|  |  |
| --- | --- |
| 修了年月日 | 特定行為区分名・研修機関名 |
|  |  |

※看護師特定行為研修の修了歴がある場合のみ、提出してください。

※複数回修了している場合、共通科目すべてを含めて受講したものの修了年月日の文頭に「◎」を記載してください。