日本褥瘡学会　褥瘡・創傷専門薬剤師

臨床研修　修了証

氏 名　　　　 ○○ ○○

 年 　　　月 　　　日 生

上記の者は次のとおり日本褥瘡学会　褥瘡・創傷専門薬剤師制度　養成臨床研修コアカリキュラムを修了したことを証明する

○○○○病院

研修期間 　　　　年 　　　月 　　日 　～ 　　　年 　　月 　　日

研修時間合計　　　　　　　　時間

年　　　　 月 　　　　日

○○○○病院

薬剤部長　○○ ○○　　印