様式第４号

第　　号

**実　習　修　了　証　明　書**

氏　名

５０時限の薬剤投与に関する実習を修了したことを証明する

　　　　点滴ラインの準備と末梢静脈路確保　　　　症例

　　　　アドレナリンの投与とその後の観察　　　　症例

令和　 年　 月　 日

○○病院

病院長　○○　○○