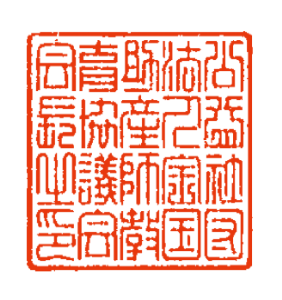
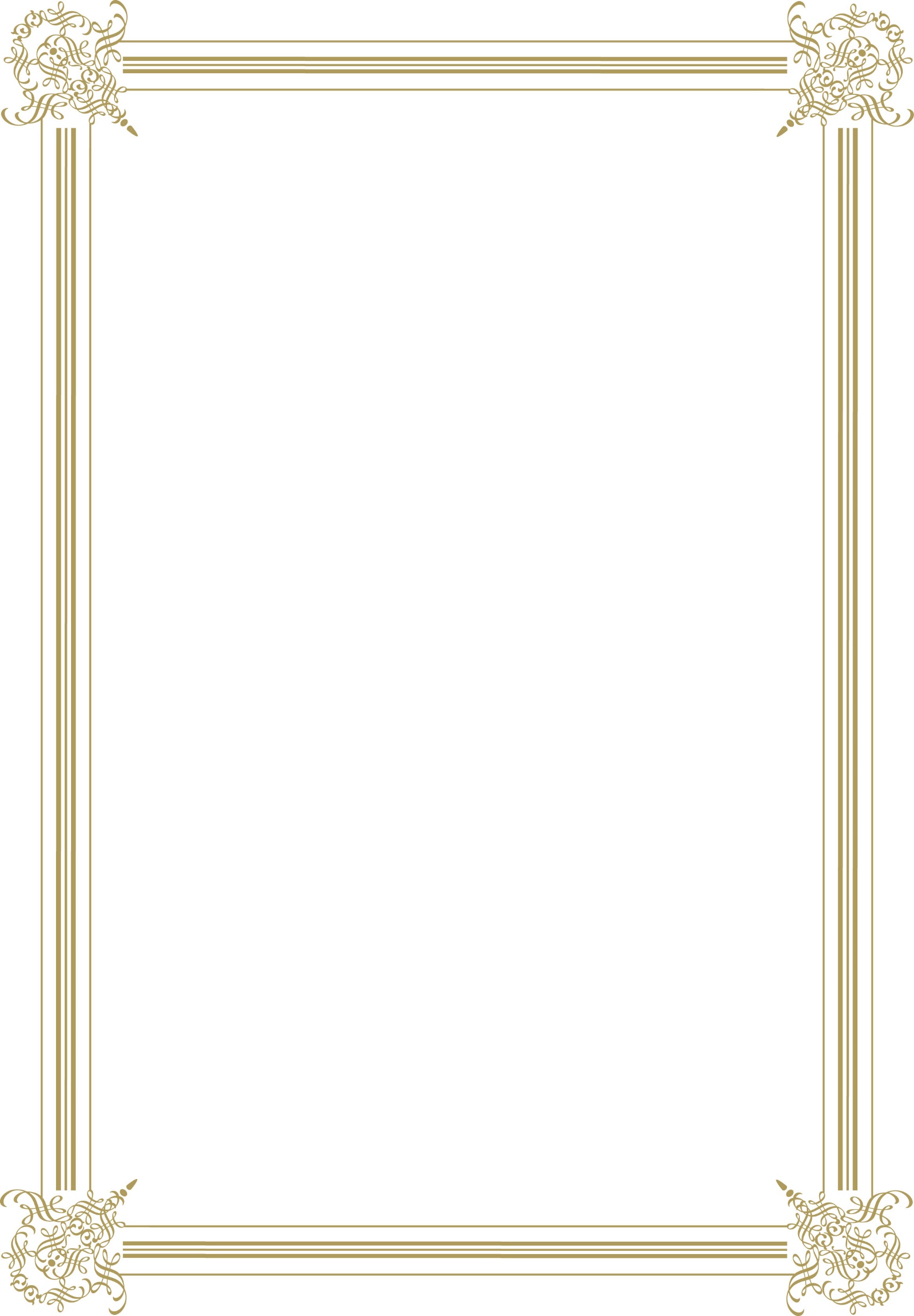
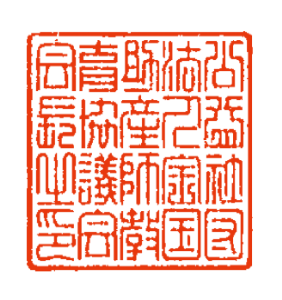
/ 

公益社団法人全国助産師教育協議会

　　　　　　　　会長　　村上　明美

もしくは　○○地区○○(研修会担当者名)

○○委員会○○(研修会担当者名)

本研修は、助産実践能力習熟段階（クリニカルラダー）レベルⅢ認証更新要件である「選択研修 ●h」に該当します。

（日本助産評価機構の必須研修となる場合：研修承認番号記載方法は機構のHP参照）

見本

2022年○月○日

あなたは○○地区研修（もしくは委員会名）「○○○○研修会」を受講したことを証明します。

開催日時：2022年○月○日（○）○時～○時

場　　所：　　（オンラインの場合はオンライン研修と記載）

講　　師：○○○○○(所属先など)

○○○○○（講師名）

〇〇〇〇様

受講証明書