No.　«No»

心臓血管外科手術手技

Off the Job Training 証明書

«氏名»　　殿

貴殿は心臓血管外科手術手技 Off the Job Training　２　時間を修了したことを証明致します。

日時：2018 年　○　月　○　日 13:00～15：00

受講時間：　２時間　（←　所要時間は 30 分刻み）

内訳；講義および手技見学時間＿＿＿時間

手技実施時間＿＿＿＿時間

内容：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

場所：○○　大学　トレーニングセンター

証明日時：2018 年　　月　　日

施設名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

修練指導者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

（署名または記名・捺印）