

受講修了証

林 文仁 殿

あなたは下記の研修を受講し、修了したことを証明いたします。

| | |
|------|---|
| 研修名 | 新型コロナウイルスワクチン接種のための筋肉内注射に係る研修会 |
| 受講日 | 令和3年6月6日(日) |
| 主催者 | 公益社団法人 鹿児島県歯科医師会 |
| 研修内容 | 医師の指導に基づくワクチン接種実技研修 【目的】 ○新型コロナウイルス感染症に係るワクチン接種のための筋肉内注射の実施に関する適切な対応を理解・習得する。 【実技研修】 ○医師の指導に基づく実技研修 |
| 講師 | 鹿児島県医師会 副会長 林 芳郎 |
| 備考 | |

令和3年6月6日

公益社団法人鹿児島県歯科医師会

