様式第７号

第　○○　号

薬剤投与資格認定証

* ○　○　○

　所定の講習及び実習を修了し、医師の具体的指示下での薬剤投与の実施の資格を有することを認定する

令和　　年　　月　　日

鳥取県救急搬送高度化推進協議会

会長　○○　○○　印