

集中治療認証看護師  
I C R N  
現勤務先の受験確認書

年 月 日

受験者氏名 : \_\_\_\_\_

現勤務先 : \_\_\_\_\_  
病 院 名 \_\_\_\_\_

上記のものが集中治療認証看護師(I C R N)試験を受験することに関して確認しました。

確認者 :  
氏名 \_\_\_\_\_

所属 \_\_\_\_\_

職位 \_\_\_\_\_

集中治療認証看護師制度規則より一部抜粋

第 1 2 条

I) 集中治療認証看護師(ICRN)の場合

- ② 現在の勤務先の所属上長である看護師長(または副看護部長・看護部長)に、試験を受験することに関して確認を得て、確認書に署名を得なければならない。