

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。