



研修履修証明書

氏名：久田 和明 様

表記の者は、厚生労働省が指定した「歯科医師によるワクチン接種実施のための教育研修」により所定の単位を取得後、下記の実技研修を受講したので、集団接種の特設会場における新型コロナワクチンの筋肉内注射実施者となる事を認める。

記

- 1 研修名： 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実技研修
- 2 開催日： 令和3年5月30日

愛知県知事 大村 秀章

