

勤 務 証 明 書

申請者氏名 _____ (生年月日 西暦 年 月 日生)

上記の者が、当施設において以下のとおり勤務している(していた)ことを証明いたします。

1. 実務期間は、以下のとおりです。

(産休、育休などの長期休暇、長期研修、及び准看護師としての勤務期間は含みません)

***受講要件2)に該当するため、本書1枚で実務期間が5年に満たない場合は、複数枚提出し5年以上の実務経験を証明してください。**

(保健師 助産師 看護師) として

西暦 年 月 ～ 西暦 年 月 まで 計 年 ヶ月

2. 職位は、以下の通りです。

***セカンドレベル・サードレベルの受講要件4)または5)の証明が必要な場合に職位の証明をしてください。**

(看護部長 副看護部長) として

西暦 年 月 ～ 西暦 年 月 まで 計 年 ヶ月

西暦 年 月 日

施設名 _____

施設所在地 _____

施設長名 _____ 印 _____