

業務従事証明書

次のとおり相違ないことを証明します。

1.氏 名

2.生 年 月 日 昭和・平成 年 月 日

3.職 種 看護師 ・ 保健師 ・ 助産師

4.採用年月日 昭和・平成・令和 年 月 日

5.業務従事期間 昭和・平成・令和 年 月 日から
昭和・平成・令和 年 月 日まで

※業務従事期間に准看護師の期間は含まれません。

看護師/保健師/助産師免許取得日以降の期間をご記入ください。

(休業期間① 昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで)
(休業期間② 昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで)
(休業期間③ 昭和・平成・令和 年 月 日から 昭和・平成・令和 年 月 日まで)

勤続年月数 年 ヶ月 休業期間を除いた年月数

人間総合科学大学 学長 殿

年 月 日

施設名

施設所在地

施設長氏名

印

- (注) 1 職種は看護師、保健師、助産師のいずれかに○をお付けください。
2 採用年月日は、「3. 職種」で選択された職種での採用年月日になります。
3 業務従事期間は採用年月日より証明年月日（退職されている場合においては退職年月日）までを記入し、育児休業等がある場合は休業期間を記入してください。
4 施設が2ヶ所以上の場合、1ヶ所につき1枚作成して下さい。（用紙はコピー可）
5 施設長氏名右の押印は公印を使用して下さい。