

業 務 従 事 証 明 書

ふりがな

氏 名

(旧姓)

上記の者は、 [年 月 日から 年 月 日まで]

下記の施設等において [保健師 ・ 助産師] として看護業務に従事して [いる・いた]
[看護師 ・ 准看護師]

ことを証明する。

平成 年 月 日

記

〒

法人所在地

法人名称

代表者氏名

印

〒

勤務先所在地

勤務先施設名

(注) 病院の種類等について、お答えください。(該当部分を○で囲んでください。)

① 一般病院 (総病床数 床) ・ 精神病院 ・ その他

② 総病床数のうち療養型病床数 (床)

③ 特例許可老人病床 (有 ・ 無)