《様式Ｃ》

勤務証明書

西暦　　　　　年　　月　　日

**氏　名**

**１．在職期間（看護師免許取得後より起算）**

上記の者は当施設において、以下のとおり勤務（□している / □したこと）を証明します。

(※准看護師としての勤務年数は含みません)

西暦　　　　年　　　月より、西暦　　　　　年　　　　月まで　計　　　年　　　ケ月間

**２．看護部長相当職・副看護部長相当職の経験**

上記の者は当施設において、次の職位で（□ある ／ □あった）ことを証明します。

* 看護部長相当職

西暦　　　　年　　　月より、西暦　　　　　年　　　　月まで　計　　　年　　　ケ月間

* 副看護部長相当職

西暦　　　　年　　　月より、西暦　　　　　年　　　　月まで　計　　　年　　　ケ月間

施設名　：

所在地　：

施設長名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　公印

**注　本書1枚で「研修受講要件」を証明できない場合は、本書を複写し、複数枚作成してください。**

**記入後、PDFにしてWeb申込時に添付してください。**

公益社団法人福島県看護協会