

就業証明書

氏名 _____

昭和・平成 年 月 日生

上記の者は、 年 月 日から 年 月 日

(まで・現在) 当方に准看護師として 年 ヶ月間就業して

(いた・いる) ことを証明します。

年 月 日

所在地

医療施設名

医療施設長の氏名

印

(注) 就業年数が1施設において3年以上に満たない場合は、2施設以上それぞれの証明書を必要とする。(2枚以上必要とする場合は、この証明書の用紙を複写したものを利用してください。)