

在籍証明書

住 所

氏 名

生年月日

在職期間 年 月 日から 年 月 日まで

職 種 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師 (いずれかに○)

上記のとおり在籍していたことを証明します。

証明年月日 平成 年 月 日

住 所

施 設 名

代 表 者 名

①

*これは参考様式です。(各施設の証明様式で構わない。)

なお、上記在職期間に、他種の養成施設への進学、疾病、負傷等やむを得ない理由(育児休業含む)により、業務に従事できなかった期間が含まれている場合は、必ずその期間を明記してください。