

業務従事証明書

年 月 日

申請者 住所
氏名

証明を受ける者 住所
氏名

次の内容の証明を願います。

- 1 雇用形態
正規職員 ・ 非正規職員

※該当する雇用形態を「○」で囲んでください。

- 2 免許又は資格の種類

※専門看護師又は認定看護師は、看護分野の名称を記載してください。

- 3 就業期間

☐ 年 月 日 から 現在在職中

☐ 年 月 日 から
年 月 日 までの 箇月

※専門看護師又は認定看護師を取得した場合は、取得した看護分野での就業期間を記載してください。

※該当する就業期間にチェック (☑) を入れてから年月日等を記載してください。

- 4 勤務内容

※専門看護師又は認定看護師として従事している場合は、その旨がわかるように勤務内容を記載してください。

上記の内容について、相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

就業先 名称

施設の長

㊞

貸付番号（市記入欄）

— —