勤 務 証 明 書

令和　年　月　日

氏名：

１．職位

上記の者は当施設において、以下の職位であることを証明します。

年　　月　より　　年　　月　まで

職位

２．該当する職位に☑をつけてください。

上記の者の職位は、受講要件に関わる

□　看護部長相当であることを証明します。

□　副看護部長相当の職位に１年以上就いていることを証明します。

施設名：

所在地：

施設長名：　　印