（様式３）

コース名	１皮膚・排泄ケアコース・２緩和ケアコース	※受験番号	

注意：「コース名」の該当番号を○で囲んでください。

勤　務　証　明　書

氏　　名

生年月日

住　　所

１　在職期間

保　健　師　　昭和
助　産　師　として　　年　　月　　日から
看　護　師　　平成

昭和
　　年　　月　　日まで
平成

勤務形態は〔　常勤　・　非常勤　〕１日　　時間で週　　日勤務

２　勤務した部署の具体的な特徴･経験年数

上記のとおり相違ないことを証明します。

平成　　年　　月　　日

施設名

所在地

施設長名　　印