

職 位 証 明 書

西 暦 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、

職位 _____ であることを証明します。

施設名

所在地

施設長名

印

※ ファーストレベル教育課程が未修了で、看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に1年以上就いている者のみ提出のこと。

※ 2023年4月1日現在で記入のこと。

