

## 職 位 証 明 書

西暦 年 月 日

氏名 \_\_\_\_\_

上記のものは当施設において、以下の職位であることを証明します。

※下記1) か2) のどちらか該当する欄を選び記載をお願いします。

- 1) 看護部長相当の職位にある者

職 位 \_\_\_\_\_

- 2) 副看護部長相当の職位にある者

職 位 \_\_\_\_\_

職位就任期間：西暦 \_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月より現在まで

(または西暦\_\_\_\_\_年\_\_\_\_\_月まで)

施設名：

所在地：

施設長名：

印