

勤 務 証 明 書

西暦 年 月 日

氏名 _____

在職期間

上記の者は当施設において、看護師として以下のとおり勤務している（した）ことを
証明します。

西暦 _____年 _____月より

_____年 _____月まで 通算 _____年 _____ヶ月間

※本書1枚で「実務経験5年以上」を証明できない場合は、複数枚提出してください。

施設名：

所在地：

施設長名：

印