

受験番号

*本校記入欄

令和4年度 就業証明書

幸手看護専門学校

学校長 秋谷 昭治 様

氏名 :

昭和 年 月 日 生
平成

准看護師籍登録年月日

昭和 年 月 日
平成
令和

上記の者は当施設において、下記の期間准看護師として勤務していたことを証明致します。

記

年 月 日

自	昭和 平成 令和	年	月	日	}	年	ヶ月	施設所在地	
至	昭和 平成 令和	年	月	日				施設名称	
								施設長	印
自	昭和 平成 令和	年	月	日	}	年	ヶ月	施設所在地	
至	昭和 平成 令和	年	月	日				施設名称	
								施設長	印
自	昭和 平成 令和	年	月	日	}	年	ヶ月	施設所在地	
至	昭和 平成 令和	年	月	日				施設名称	
								施設長	印
自	昭和 平成 令和	年	月	日	}	年	ヶ月	施設所在地	
至	昭和 平成 令和	年	月	日				施設名称	
								施設長	印