

受験番号	*本校記入欄
------	--------

就業証明書

幸手看護専門学校
学校長 瀧澤 三郎 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
					施設名称
至	昭和 平成 令和	年 月 日			施設長 印
自	昭和 平成 令和	年 月 日	}	年 ヶ月	施設所在地
					施設名称
至	昭和 平成 令和	年 月 日			施設長 印
自	昭和 平成 令和	年 月 日	}	年 ヶ月	施設所在地
					施設名称
至	昭和 平成 令和	年 月 日			施設長 印
自	昭和 平成 令和	年 月 日	}	年 ヶ月	施設所在地
					施設名称
至	昭和 平成 令和	年 月 日			施設長 印