

別紙

勤 務 証 明 書

年 月 日

福 島 県 知 事

所属所在地

所 属 名

所 属 長 名

印

下記の者は、 年 月 日から 年 月 日（現在）
まで、所属の _____ で保健師・助産師・看護師・准看護師として
勤務したことを証明します。

記

氏 名：

生年月日：

※記入上の留意点

- ①下線部には、勤務した病院名等を記入してください。また、勤務した病院等が2ヶ所以上ある場合は、証明書はそれぞれ別葉としてください。
- ②勤務期間のうち、病休、産休、育休等により業務に従事していない期間がある場合は、余白にその旨記入してください。