

就業証明書

年 月 日

学校法人藤仁館学園
専門学校高崎福祉医療カレッジ 学校長殿

施設名

所在地

施設長名

印

下記の者は、准看護師として以下のように就業し、看護業務に従事していたことを証明いたします。

氏名	(旧姓)							
生年月日	西暦	年	月	日				
就業期間 (注1)	自	西暦	年	月	日			
	至	西暦	年	月	日 (注2)			
	<input type="checkbox"/>	退職	<input type="checkbox"/>	現在就業中				
	<input type="checkbox"/>	休業期間あり						
	(年	月	日	～	年	月	日)
			合計	年	か月			

注1：就業期間の算定方法は、准看護師として勤務を開始した日の属する月および最後に勤務した日の属する月をそれぞれ一か月と見なしてください。

例) 2023年1月24日～2023年3月2日の場合は、合計3か月となります。

派遣の場合は派遣会社の登録期間ではなく、准看護師として勤務した期間を証明してください。

注2：現在就業中の方は、就業証明書発行日を記載してください。

※過去に複数の施設で就業している場合は、1施設につき1枚使用してください。