

令和〇年〇月〇日

東濃西部看護師等確保修学資金従事期間証明書

東濃西部広域行政事務組合管理者

多治見市長 高木 貴行 様

下記のとおり、当院において看護業務に従事している（従事していた）ことを証明します。

従事者氏名	広域 花子
勤務形態	常勤の（ 看護師 ・ 准看護師 ）
従事期間	令和●年●月●日 ～ 令和◇年◇月◇日
休職の有無 及びその期間	<input checked="" type="checkbox"/> 有（令和△年△月△日から令和◎年◎月◎日まで） <input type="checkbox"/> 無

所在地 ●●県〇〇市〇〇町〇—〇

病院等名 〇●病院 病院長 瑞浪 土岐子 印