

見本

別記様式第10号（第10条関係）

平成□年□月□日

東濃西部看護師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 古川 雅典 様

下記の者は、平成○年○月○日から平成□年□月□日まで、当院において常勤の看護師とし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	○山 ○子
休職の有無及びその期間	無し

所在地 □県□市□町□-□

病院等名 □病院

印

必ず勤務先の方に記入していただいでください。