

年 月 日

東濃西部看護師資格取得支援修学資金従事開始証明書

東濃西部広域行政事務組合管理者

下記のとおり、当院において看護業務に従事していることを証明します。

従事者氏名	
勤務形態	看護師（ 常勤 ・ 非常勤 ） ※ 非常勤の場合は、勤務形態を具体的に記載してください。
従事開始日	年 月 日
備考	

所在地
病院等名

