

別記様式第10号（第12条関係）

年 月 日

東濃西部看護師資格取得支援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

下記のとおり、当院において看護師として従事している（従事していた）ことを証明します。

従事者氏名	
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。
従事期間	年 月 日 ～ 年 月 日
休職・停職の有無 及びその期間	<input type="checkbox"/> 有（ 年 月 日 ～ 年 月 日 ） <input type="checkbox"/> 無

所在地

病院等名

印