

記入例

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

多治見市長 高木 貴行 様

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              | 広域 花子   |
| 勤務形態               | 看護師（常勤・非常勤）<br>※ 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               | 令和〇年4月1日 ～ 令和□年3月31日  |
| 休職・停職の有無<br>及びその期間 | <input checked="" type="checkbox"/> 有（令和△年12月1日から令和■年2月28日まで）<br><input type="checkbox"/> 無 |

所在地 ●●県〇〇市〇〇町〇—〇

病院等名 ○●病院 病院長 瑞浪 土岐子

