

※受験番号は記入しないこと

受験番号※

就業証明書

西暦 年 月 日

学校法人 後藤学園
東京衛生学園専門学校
学校長 後藤 修司 殿

施設名称

(旧施設名称)

施設所在地 〒 -

施設長名 (代表者名)

印

電話番号 - -

下記の者は当施設において、以下の期間准看護師として勤務していたことを証明致します。

氏名	(旧姓)
生年月日	西暦 年 月 日
就業期間 (記入日以降の見込 期間は含みません)	西暦 年 月 ~ 年 月
	合計 年 ヶ月

※証明書は必ず施設で記入していただき、提出してください。(本人の記入・修正は無効)
※1施設1枚を使用し、複数の施設になる場合はこの用紙をコピーして使用してください。