様式 Ⅰ―２ 群馬県看護協会

受付番号

**勤務証明書**

「ファーストレベル」

西暦　　　　　年　　　　月　　　　日

氏名

在職期間

上記の者は当施設において、以下のとおり勤務している／したことを証明します。

西暦　　　　　　　年　　　　月より

西暦　　　　　　　年　　　　月まで　　　通算　　　　　年　　　　月間

施 設 名：

所 在 地：

施設長名： 　　　　　　　　 　　　公印