

(様式5)

医療法人財団 荻窪病院 看護師特定行為研修
勤務証明書

下記の通りであることを証明します。

フリガナ					
志願者氏名					
生年月日	(西暦)	年	月	日生	(満 歳)
在職期間	(西暦)	年	月	日	～
	(西暦)	年	月	日	
所属部署	①	(西暦)	年	月	～
		(西暦)	年	月	
	②	(西暦)	年	月	～
		(西暦)	年	月	
	③	(西暦)	年	月	～
		(西暦)	年	月	
	④	(西暦)	年	月	～
		(西暦)	年	月	

西暦 年 月 日

施設所在地：

施設名称：

施設長：

募集要項の「3 受講資格」を満たしている必要があります。
通年5年以上となるようご記入をお願いします。
複数の施設に在籍されていた場合は、当書式をコピーしてご使用ください。