

受験番号

准看護師実務経験証明書

(西暦) 年 月 日

学校法人藤仁館学園
専門学校高崎福祉医療カレッジ学校長 殿

施設名称

施設所在地

電話番号

施設長
(代表者名)

公印

下記の者は、本施設において**准看護師として就業**したことを証明します。

氏名						
生年月日	(西暦)	年	月	日生		
就業期間 (育児・介護休業及び 休職期間を含む)	(西暦)	年	月	日	～	(西暦) 年 月 日
	合計①					ヵ月
就業期間内の育児・介護・傷病休業期間及び休職期間						
(西暦)	年	月	日	～	(西暦)	年 月 日
						ヵ月
(西暦)	年	月	日	～	(西暦)	年 月 日
						ヵ月
(西暦)	年	月	日	～	(西暦)	年 月 日
						ヵ月
合計②						ヵ月

実質就業期間 ヵ月 (=合計①-合計②)

(受験生への留意点)

- 注1: 就業された施設での就業期間(複数個所の合計で可)が合計7年間(84ヵ月)必要です。
- 注2: 就業始期および終期は、その月の初日・末日であっても、その月を「1ヵ月」とみなします。
- 注3: 本人の記入・訂正は無効になります。
- 注4: 本用紙および裏面「准看護師実務経験証明書の記入方法」を1セットとして、1施設1セットを使用し、用紙が不足する場合はこの原本をコピーして使用してください。(必ず両面または2枚1組とする)

(施設の方へ)

※『准看護師実務経験証明書』ご記入に際しては、**裏面「准看護師実務経験証明書の記入方法」**を参考にご記入ください。

【准看護師実務経験証明書の記入方法】

- 『准看護師実務経験証明書』は、すべての項目について施設で記入してください。
ボールペン等消せないものをご記入ください。
受験者自身での記載箇所がある場合は、無効となります。（氏名等も含む）
- 准看護師籍登録年月日以降の就業**についてご記入ください。
看護助手業務等は該当しません。
- 就業期間の記入
現在在職中の場合は、就業開始年月日～記入日の年月日をご記入いただき、
「在職中」に✓を入れてください。
*就業期間とは、就業した月（踏んだ月）で数えてください。
就業始期および終期は、初日・末日であっても、その月を「1ヵ月」とみなします。
- 育児・介護休業及び休業の期間がある場合はご記入ください。
また、その場合は合計①-合計②の年月を、「実質就業期間」として最下部にご記入ください。
- 勤務形態は、常勤・非常勤・パートを問いません。
ただし准看護師として従事した期間のみご記入ください。

【お問い合わせ】

専門学校高崎福祉医療カレッジ
通信教育部 看護師科（2年課程通信制）
〒370-0829 群馬県高崎市高松町14-2
TEL：050-3645-2337 FAX:050-3537-5963
e-mail：t-kango@tojinkan.ac.jp

<<<<<< 受験者の方へ >>>>>>

《就業証明書の提出以降の准看護師としての就業期間について》

出願時点で看護師実務経験期間が7年に満たない方で、出願時～2024（令和6）年3月で准看護師実務経験期間が7年になる場合は、その不足分の証明書を2024年3月までに追加提出していただきます。
もし追加提出ができない場合は、合格が取り消しになりますのでご注意ください。

〈准看護師実務経験証明書が発行できない場合の対応〉

【勤務先が廃院により証明書が提出できない場合】

最寄りの年金事務所（旧社会保険事務所）に印鑑と年金手帳を持参し、『年金加入期間調査願』を提出し、『被保険者記録照会回答票（被保険者照会回答票）』を受け取り、出願書類と一緒に郵送すること。廃院した施設名が分かるようにアンダーラインを引いておくこと。

【勤務先が廃院により証明書が発行できなく、尚且つ厚生年金に加入していなかった場合】

ハローワークの発行する「雇用保険被保険者資格取得届出確認照会回答票」を提出してください。

※申請方法は、①本人確認の書類（運転免許証、マイナンバーカードなど）と②「雇用保険被保険者資格取得届出確認照会票」を持参して、最寄りのハローワークに申請してください。