

実務経験証明書

学校法人藤仁館学園

藤仁館医療福祉専門学校 学校長 殿

(証明者)

証 明 日 年 月 日  
法 人 名  
施 設 名  
所 在 地  
施 設 長 名

公印

下記のとおり、准看護師として就業し、看護業務に従事している(いた)ことを証明いたします。

記

氏 名 \_\_\_\_\_ (旧姓： \_\_\_\_\_ )

生年月日 西暦 年 月 日生

就業先名称 \_\_\_\_\_

雇用形態 ☐常勤 ☐非常勤 ☐派遣

就業期間 始期 西暦 年 月 日

終期 西暦 年 月 日

☐退職 ☐現在就業中

☐休職期間あり

( 年 月 日～ 年 月 日)

( 年 月 日～ 年 月 日)

( 年 月 日～ 年 月 日)

以上

留 意 事 項

- ・就業期間は、准看護師として勤務した日付の属する月を1カ月として算定します。  
(例：2025年4月20日～2025年6月2日の場合、3カ月と数えます。)
- ・派遣の場合、就業証明書は派遣会社が記入してください。また、就業期間は会社への登録期間ではなく准看護師として勤務した期間のみを派遣先施設ごとに証明を行ってください。
- ・現在就業中の場合、終期は証明日としてください。