|  |
| --- |
| 看護師等としての業務従事期間に関する証明書  　南信州広域連合長  住　　所  氏　　名  電話番号　　　　－　　　　－  生年月日　　　　　　年　　月　　日生  （署名又は記名押印） |
| 上記の者は　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで当　　　　に  就業したことを証明する。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　指定施設の長　　　　　　　　　　　　　　印 |
| 上記の者は　　　　年　　月　　日から　　　　年　　月　　日まで当　　　　に  就業したことを証明する。  　　　　　　　　　　　　　　　　　　　年　　月　　日  　　　　　　　　　　　　　　　指定施設の長　　　　　　　　　　　　　　印 |

様式第８号（第８条関係）

　（注）証明は別の用紙によっても差し支えない。