

# 業務開始証明書

住 所

氏 名

1 採用職種 保健師 助産師 看護師 准看護師

2 業務開始日 年 月 日

3 免許取得年月日 年 月 日

免許種別 保健師 助産師 看護師 准看護師

4 勤務条件 (パート又はアルバイトの場合のみ記入してください。)

勤務時間 時 分 から 時 分 まで

勤務日数 週 日

上記のとおり業務を開始したことを証明します。

年 月 日

静岡県知事 川勝平太 様

医療施設所在地

名 称

施 設 長

印