

# 就 労 予 定 証 明 書

氏 名 \_\_\_\_\_ (性別 男・女)

生年月日(西暦) \_\_\_\_\_ 年 月 日生

国(本)籍 \_\_\_\_\_

住 所 \_\_\_\_\_

上記の者は、准看護師資格取得後、当施設において就労することが  
内定していることを証明します。

平成 年 月 日

医療施設名

\_\_\_\_\_

医療施設長名

\_\_\_\_\_

公印

