

業 務 従 事 証 明 書

ふりがな
氏 名
(旧姓)

上記の者は、 [年 月 日から 年 月 日まで]

下記の施設等において [保健師 ・ 助産師]
[看護師 ・ 准看護師] として看護業務に従事して [いる・いた]
ことを証明する。

ただし、上記期間のうち、 [年 月 日から 年 月 日まで]
の期間は、 [] の事由により看護業務に従事していない。

なお、当施設等は、次の [] の施設等に該当する。

- 1 児童福祉法第27条第2項の規定により指定された国立療養所
- 2 児童福祉法第43条の4に規定する重症心身障害児施設
- 3 医療法第1条の5第2項に規定する診療所
- 4 医療法第7条の規定により許可を受けた病床数が200床未満の病院
- 5 医療法第7条の規定により許可を受けた病床数のうち精神病床数が80%以上を占める病院
- 6 ハンセン病療養所
- 7 患者のうち65歳以上の者の占める割合が60%以上である病院
- 8 母子保健法第22条第2項に規定する母子健康センター（助産師の場合に限る。）
- 9 介護保険法第7条第22項に規定する介護老人保健施設
- 10 介護保険法第41条第1項本文の規定による指定に係る同法第7条第5項に規定する居宅サービス事業（同条第8項に規定する訪問看護に係るものに限る。）を行う事業所
- 11 知的障害者福祉法第21条の6に規定する知的障害者更生施設及び同法第21条の7に規定する知的障害者授産施設のうち心身障害者福祉協会法第17条第1項第1号に規定する施設
- 12 市町村又は保健所

平成 年 月 日

記

〒
法人所在地

法人名称

代表者氏名

印

〒
勤務先所在地

勤務先施設名