**＜ 様式６＞**

国際医療福祉大学 生涯学習センター

 **勤　務　証　明　書**

年　　　　月　　　　日

氏名

1. 在職期間

上記の者は当施設において、以下のとおり勤務していることを証明します。

　　　　　　　 年　　　　　月より

　　　　　 年　　　　　月まで　　　　通算　　　　年　　　　月間

2. 職位

(1)上記の者は当施設において、以下の職位であることを証明します。

　　　　　　　　年　　　　　月より

　　　　　　　　　　年　　　　　月まで（現在まで）　　　　職位

(2)当てはまる職位にレ点を付けてください。

上記の者の職位は受講要件に関わる

□　看護部長相当であることを証明します

□　副看護部長相当の職位に1年以上就いていることを証明します

|  |  |
| --- | --- |
| 施設名： |  |
|  |  |
| 所在地： |  |
|  |  |
| 施設長名： | 印 |
|  |  |

※本書1枚で受講要件（副看護部長相当の職位に1年以上就いている者）を証明できない場合は、本書を複写し、複数枚提出してください。

※個人情報の取り扱いは、国際医療福祉大学個人情報保護規定に基づき適切に行います。

個人情報は、受講者選考、選考結果の通知、受講手続きのお知らせ以外に使用いたしません。