

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7条第6項の規定により指定された独立行政法人国立病院機構の設置する医療機関
- 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 療養型病床の占める割合が60%以上である病院
- 8 認可病床数の60%以上が65歳以上の入院患者で占める病院（但し、証明する書類を添付して下さい）
- 9 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。）
- 10 介護保険法第8条第25項に規定する介護老人保健施設
- 11 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8条第1項に規定する居宅サービス事業（同条第4項に規定する訪問看護に係るものに限る。）を行う事業所
- 12 独立行政法人国立重度知的障害者総合施設のぞみの園法第11条第1号に規定する施設のうち障害者自立支援法第5条第1項に規定する施設障害福祉サービスを行うもの
- 13 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