（　　セカンドレベル　様式３）　※コピー可

**職　位　証　明　書**

申込日：令和　5　年　　　月　　　日

氏　名

１．職位

上記の者は当施設において、以下の職位である／あったことを証明します。

　　　　　　年　　　　　　月より

　　　　　　　　　　　　年　　　　　　月まで　　　　　　　職位

※申込日現在、「看護部長相当の職位にある者、もしくは副看護部長相当の職位に

1年以上就いている者、保健医療福祉に関連した組織においては看護管理を行う

立場にある者」ということが分かるように記載してください。

　　　　　　　　　　施設名：

　　　　　　　　　　所在地：

　　　　　　　　　　施設長名：　　　　　　　　　　　　　印