

*受験番号

就業証明書

氏名

上記の者は当事業所において、下記のとおり就業したことを証明いたします。

記

1 就業期間

年 月 日から 年 月 日

2 職種・業務内容

年 月 日

天草准看護高等専修学校長様

所在地

事業所名

代表者

印

※2年間継続して就業した証明を受けてください。

※職種は問いません。

※受験番号は記入しないでください。

キ
リ
ト
リ
線