

(別紙)

## 就業期間証明書

決定番号

氏名

就業先 年 月 日から(勤務場所 )  
年 月 日まで( 月)

上記のとおり青森県内において保健師(助産師、看護師、准看護師)の業務に従事した(従事している)ことを御証明願います。

年 月 日

氏名

上記のとおり相違ないことを証明する。

年 月 日

就業先任命権者

