第１０号様式（第１０条関係）

従　事　証　明　書

年　　月　　日

岐阜県知事　様

医療機関等名

所在地

代表者名

電話番号

下記の者は、　 保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師　として、従事していることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 保健師籍 | 厚生労働省　第　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 助産師籍 | 厚生労働省　第　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 看護師籍 | 厚生労働省　第　　　　　　　　　　　　　　　号 |
| 准看護師籍 | （都道府県名）第　　　　　　　　　　　　　　号 |

※　「保健師・助産師・看護師・准看護師」の部分は、該当するものに〇を付けること。