

東京都福祉保健財団
認定看護管理者教育課程
(ファーストレベル)

受講要件証明書

令和 年 月 日

受講者が認定看護管理者教育課程の受講要件を満たしていることを証明してください

【受講要件】

1. 日本国の看護師免許を有するもの

受講者氏名

1 看護師免許の保有

上記の者は、日本国の看護師免許を有することを証明します。(※准看護師免許は含みません)

看護師免許の取得年度(西暦 年)

2 在職期間(※准看護師としての勤務年数は含みません)

*休職期間が含まれている場合は在職期間の下にその期間を記載する

例) 育休:○年○月～○年○月まで

上記の者は、当施設において

西暦 年 月より 西暦 年 月まで 計 年 カ月間

勤務していることを証明します。

※本書1枚で「実務経験5年以上」を証明できない場合は、本書を複写し、複数枚提出してください。

3 【受講要件】を満たしていることを証明します。

施設名:

所在地:

施設長名:

公印