

受講要件証明書

平成 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】(ファースト・セカンド・サード共通)

1. 日本国の看護師免許を有する者
2. 看護師免許を取得後、実務経験が通算5年以上ある者。

受講者氏名 _____ 年齢 _____ 歳

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)

上記の者は、当施設において

_____ 年 _____ 月より、_____ 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。

施設名: _____

所在地: _____

施設長名: _____

公印