公益社団法人福岡県看護協会認定看護管理者教育課程

　　　　　　　　　　　　　職　位　証　明　書

　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　記入日　西暦　　　　年　　月　　日

氏 名

上記の者は当施設において、以下の職位であることを証明します。

※下記 １）か２）のどちらか該当する欄を選び記載をお願いします。

１）看護部長相当の職位にある者

　　　　職位：

２）副看護部長相当の職位にあるもの

　　　　職位：

３）職位就任期間

西暦　　　　　　年　　　月より現在まで

　　　　　　　　　　　　　　（または西暦　　　　　年　　　月まで）

　　　　　　　　　　　施設名：

　　　　　　　　　　　所在地：

　施設長名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 印