＜様式 2 ＞

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：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿公印