

別紙（2）

在 学 証 明 書

年 月 日

福島県知事

施設所在地

施 設 名

所 属 長 名

印

下記の者は、 年 月 日から 年 月 日まで、当施設に保健師・
助産師・看護師・准看護師 学生として在学した（する）ことを証明します。

記

氏 名：

生年月日：