（様式33） ②非常勤用

精神科認定看護師再取得審査　勤務状況証明書

※西暦で記載

本人が記載

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| ふりがな |  | | |
| 更新者氏名 |  | | |
| 活動期間 | 自　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日  至　　　　　　年　　　　　　月　　　　　日 | | |
| 勤務施設名  (施設ごとに作成) |  | | |
| 看護実務経験  （活動期間内） | 勤務期間(非常勤) | 年　 　　月　～　　 　　年　　　　月 |
| 診療科名・部門の特性・役職等 |  |
| 勤務した月数 | か月 |
| 1か月あたりの  勤務時間数 | 時間 |
| 勤務した月数 × 1か月あたりの勤務時間数　　　　　　　　 　時間 | | |

上記の再取得審査の申請者について、下記の内容に関してご回答いただきますようお願い申し上げます。

なお、記載は直属の上司とし、記載者により厳封をお願いいたします。

|  |  |
| --- | --- |
| 役割 |  |
| 指導力 |  |
| その他 |  |

上記に相違ありません。

　　　年　　　月　　　日

施 設 名

記載責任者　役職名

氏　名　　　　　　　　　　　　　㊞

（自筆署名または押印）

＊直属の上司により記載し、記載者により厳封すること（開封無効）。