

(様式3-1)

医療歴証明書（Ⅰ）

氏名：

施設名：

所属：

上記の者が下記に示す期間、当施設において褥瘡の予防、医療に従事したことを証明いたします。

申請者の在籍期間

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

以上の通り証明します。

西暦 年 月 日

施設名

所属長 氏名 印

(様式3-2)

医療歴証明書（Ⅱ）

氏名：

施設名：

所属：

上記の者が下記に示す期間、当施設において褥瘡の予防、医療に従事したことを証明いたします。

申請者の在籍期間

西暦 年 月 日 ～ 西暦 年 月 日

以上の通り証明します。

西暦 年 月 日

施設名

日本褥瘡学会評議員 氏名

印