（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