

看護証明書

1. 看護人 (受講者氏名)	
2. 訓練施設名	
3. 訓練科名 (コース番号)	()
4. 被看護人 (氏名) (住所) (生年月日) (看護人との続柄)	上記の者が下記の者の看護について、自：平成 年 月 日から至：平成 年 月 日の期間について、看護が必要であったことを認める。
5. 被看護人の傷病名及びその状態	

上記のとおり証明します。

平成 年 月 日

住 所

病 院 名

医師氏名

印

公 共 職 業 安 定 所 長

殿

独立行政法人

雇用・能力開発機構東京センター所長

※1) この証明書は、公共職業訓練を受講している訓練生への雇用保険基本手当等を支給する際に証明とするものです。

※2) 4欄の至日は治ゆ年月日ではありません。看護のため訓練を受けることができなかつたと認められる期間を記載してください。