

【別紙２】※幼稚園教諭・看護師等で基本研修を免除希望の方のみ提出が必要です。

令和 年 月 日

岩手県知事 様

証明者の住所

()

証明者の団体名（施設名）・役職

()

証明者氏名

(印)

従 事 証 明 書

() 氏は、本団体（施設）において、次のとおり勤務していることを証明します。

勤務施設名	職 名	事業名（内容）

※当様式における証明者は、施設長・事業主等としてください

※受講申し込みの際、原本を添付してください