令和６年度　保健師の職場体験支援事業

**参加証明書**

県中保健福祉事務所長　様

　下記の者が保健師の職場体験支援事業に参加したことを証明します。

記

学校名：

(所属名)

氏　　名：

参加日：　令和　　年　　月　　日　～　令和　　年　　月　　日

令和　　　年　　　月　　　日

　機関名：

担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　印

令和６年度　保健師の職場体験支援事業

記入例

**参加証明書**

県中保健福祉事務所長　様

　下記の者が保健師の職場体験支援事業に参加したことを証明します。

記

参加者が記入し、当日持参する。

学校名：　　　△△　専門学校

(所属名)

学生氏名：　福島　桃子

参加日：　令和　○年　８月　１日　～　令和　○年　８月　２日

担当者に記名押印をお願いする。

令和　○　年　８　月　２　日

　機関名：〇〇　役場

担当者名：　県中　太郎

担当者に記載してもらったら、参加者が県中保健福祉事務所に

**事後アンケートと併せて原本を郵送する**。（終了後、1週間以内）