保健師養成課程在籍証明書

様式

神奈川県知事　殿

氏名

養成施設名

学部・学科

上記の者は、本校保健師養成課程（保健師コース）に第〇学年として在籍中であることを証明する。

・保健師養成課程　令和〇年〇月から在籍

　　年　　月　　日

養成施設名

養成施設長名　　　　　　　　　　　　　印