

病院実習証明書

次の者は、当病院において、病院実習したことを証明します。

| | |
|------|---------|
| 教育課程 | 専科教育救急科 |
|------|---------|

| 消防本部名 | 階級 | 氏名 | 実施年月日 |
|-------|----|----|-------|
| | | | 年 月 日 |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |
| | | | |

令和 年 月 日

秋田県消防学校長

(病院・病院長名)

印

別紙様式2

救急車同乗実習証明書

下記の者について、令和 年 月 日から 日の2日間の救急車 同乗
実習を実施したことを証明します。

記

実習者氏名

令和 年 月 日

秋田県消防学校長

所属長 _____ 印