保健師のインターンシップ（職場体験）支援事業

**別紙３**

**参加証明書**

県北保健福祉事務所長　様

　下記の者が保健師のインターンシップ（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

　市町村名：

担当者名：　　　　　　　　　　　　　　　印

保健師のインターンシップ（職場体験）支援事業

記入例

**参加証明書**

県北保健福祉事務所長　様

　下記の者が保健師のインターンシップ（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

　市町村名：　〇〇市

担当者名：　県北　太郎

担当者に記載してもらったら、参加者が県北保健福祉事務所に

**事後アンケートと合わせて原本を郵送する**。（終了後、1週間以内）