参 加 証 明 書

　　　様

あなたは公益社団法人広島県看護協会の「ふれあい看護体験」に次のとおり参加したことを証明します

実施年月日　　令和　　年　　月　　日　（　　）

実施施設

令和　　年　　月　　日　（　　）

　　　　　　　　　　　　　実施施設名

　　　　　　　　　　　　　施設長