

# 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