**様式４-２**

実務経験証明書

　　　年　　　月　　　日

全国健康保険協会　石川支部長　殿

事業所名

代表者名　　　　　　　　印

下記の者の実務経験は、以下のとおりであることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 | （生年月日　　　　年　　月　　日生） |
| 住所 | 〒 |
| 看護師免許番号 |  |
| 業務に従事していた機関名 |  |
| 機関の所在地 | 〒　　　　　　　　　　　　　　ＴＥＬ（　） |
| 業務期間 | 　　　　　　　年　　月　　日～　　　　　　　年　　月　　日 |
| 業務に従事した年数（　　　　年） |
| 業務内容 |  |

「保健指導に関する一定の実務の経験を有する看護師」とは、1年以上（必ずしも継続した1年間である必要はない。）、保険者が保険事業として実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務又は事業主が労働者に対して実施する生活習慣病予防に関する相談及び教育の業務に従事した経験を有する看護師と解する。なお、業務に従事とは、反復継続して当該業務に専ら携わっていることを意味する。