**被災証明書**

|  |  |
| --- | --- |
| **申請者情報（申請者記入欄）** | |
| 申請者氏名 |  |
| 助産師免許番号 |  |
| 所属施設名 |  |
| 被災時住所 |  |
| 被災原因 | 年　　月　　日の　　　　　　　　　　　　　　による |

申請者が、上記の通り被災した者であることを証明します。

|  |  |
| --- | --- |
| **証明者情報（証明者記入欄）** | |
| 所属施設名 |  |
| 職　　　位 |  |
| 証　明　日 | 年　　　月　　　日 |
| **証明者署名：**※直筆署名のみ可 | |

※証明者は、申請者本人から依頼を受けた、申請者の現在の所属施設の上司・同僚等とします。ただし、申請者に現在所属施設がない場合は、過去の所属施設の上司・同僚等から証明を受けることを認めます。

※自治体が発行する罹災証明書・被災証明書を提出する場合、本書類の提出は不要です。

****

一般財団法人 日本助産評価機構