

※受付番号

※受講者番号

勤 務 証 明 書

氏 名

生 年 月 日 西 暦 年 月 日 生

〒

住 所

1. 在職期間 (※看護師・保健師・助産師として勤務した期間)

上記の者は当施設において、以下のとおり勤務している / した ことを証明します。

【勤務形態の該当するものに○をすること】

勤務形態 : (常勤 ・ 非常勤)

西 暦 年 月 日から

西 暦 年 月 日まで ・ 在職中

休職期間：理由 () 年 月 日～ 年 月 日まで

【実務経験 通算 年 ヲ月 (休職期間は含まない)】

(右は非常勤の場合のみ記載) 1 日 時間で週 日勤務

2. 職位

上記の者は当施設において、以下の職位である / あった ことを証明します。

西 暦 年 月 日から

西 暦 年 月 日まで 職位

上記の通り相違ないことを証明します。

年 月 日

所在地

電話番号

施設名

施設長名

印