

※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 (※准看護師として勤務した期間は含まない)

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／職種の該当するものに○をすること】

勤務形態 : ( 常勤 ・ 非常勤 )

・看護師

・保健師 として 西暦 年 月 日から

・助産師

西暦 年 月 日まで

休職期間：理由 ( ) 年 月 日～ 年 月 日まで

【実務経験 通算 年 カ月 (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。

平成 年 月 日

所在地

電話番号

施設名

施設長名

印