様式２

※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　　　ヵ月（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