

※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