

貸与番号

在職証明書

1 氏名

2 住所

3 生年月日

4 医療機関名及び所在地等

医療機関名

所在地

郵便番号

電話番号

5 勤務形態

① 常勤

② 非常勤

(いずれかに○を付けてください)

6 在職期間

平成 年 月 日から 平成 年 月 日まで

(非常勤：週 日、月 時間)

上記在職期間のうち、平成 年 月 日から平成 年 月 日まで

産休 ・ 育休 ・ 病欠 ・ 休職

(いずれかに○を付けてください)

7 職種

保健師 ・ 助産師 ・ 看護師 ・ 准看護師

(いずれかに○を付けてください)

上記のとおり在職 していること を証明する。

していたこと

(いずれかに○を付けてください)

平成 年 月 日

医療機関名

医療機関の長

㊟

※ 非常勤の場合は、月 128 時間以上の勤務が必要です。