

(様式4-証明)

勤 務 証 明 書

申請者氏名 _____ (生年月日 昭・平 年 月 日生)

上記の者が、当施設において以下のとおり勤務している (していた) ことを証明いたします。

在職期間 (産休, 育休などの長期休暇を除く)、職位、勤務形態は、以下のとおりです。

- ・職種および年号と勤務形態は、いずれかを○で囲んでください。
- ・ _____ には職位を記入してください。また、職位がない場合は「一般」と記入してください。
- ・准看護師としての在職期間を含めないでください。

(保健師 助産師 看護師) として
昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月 常勤・非常勤 で _____ として勤務

(保健師 助産師 看護師) として
昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月 常勤・非常勤 で _____ として勤務

(保健師 助産師 看護師) として
昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月 常勤・非常勤 で _____ として勤務

(保健師 助産師 看護師) として
昭・平 年 月 ~ 昭・平 年 月 常勤・非常勤 で _____ として勤務

通算 _____ 年 _____ ヶ月

平成 _____ 年 _____ 月 _____ 日

施 設 名 _____

施設所在地 _____

施 設 長 名 _____ 印 _____