

【様式3】

受付番号	※
------	---

(注) ※欄には何も記入しないでください。

勤務証明書

記入日 西暦 年 月 日

氏名： _____

どちらかに○印を付ける

上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務〔 している／したこと 〕を証明します。

常勤勤務期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦) 年 月 ~	(西暦) 年 月	年 か月	年 か月
非常勤勤務期間	勤務期間		休職期間	通算非常勤勤務期間
	(西暦) 年 月 ~	(西暦) 年 月	年 か月	年 か月
合計通算年数				年 か月
職位* ¹	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦) 年 月 ~	(西暦) 年 月	年 か月	年 か月

(休職期間には育児休業・産前産後休暇を含む)

所属した部署の名称と具体的な特徴

.....

.....

機関（施設）名：

職位名*²：

氏名： _____ 印

機関（施設）所在地：

TEL：

*¹ 職位欄には受講要件に基づき看護部長もしくは副看護部長のいずれかを記載してください。

*² 人事課（病院長名）あるいは看護部長等の職位の方がご記入ください。

注1 勤務期間から休職期間を除いた期間が通算勤務期間と一致しているか確認してください。

注2 勤務した施設が複数の場合には様式をコピーしてご使用ください。