**【様式７】**

|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※  （注）※欄には何も記入しないでください。 |

**勤　務　証　明　書**

記入日　　令和　　　年　　　月　　　日

氏名：

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** |

所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

機関（施設）名：

職位名＊：

氏　 名　：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　 　　　 印

機関（施設）所在地：

TEL：

**＊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**