＊

**勤　務　証　明　書**

|  |
| --- |
| 西暦　　　　年　　　　月　　　　日 |

|  |  |
| --- | --- |
| 申請者氏名： |  |

　上記の者は当機関（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。

１　在職期間

|  |  |
| --- | --- |
| 西暦　　　　年　　　月より | 通年　　　　　年　　　月間勤務している。 |
| 西暦　　　　年　　　月まで |
| ただし、休職期間（産休・育休など） | 通算　　　　　年　　　　カ月　は含まない。 |
| 勤務（従業）形態は〔　 常　勤　・　非 常 勤 　〕である。 | |
| 非常勤の場合は、週に約　　　　　　時間勤務している。 | |

２　所属した部署の名称と具体的な特徴、さらに実績年数

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 所属部署名 |  | 実績年数 | 年　　　カ月 |
| 部署の特徴 |  | | |
| 所属部署名 |  | 実績年数 | 年　　　カ月 |
| 部署の特徴 |  | | |
| 所属部署名 |  | 実績年数 | 年　　　カ月 |
| 部署の特徴 |  | | |
| 所属部署名 |  | 実績年数 | 年　　　カ月 |
| 部署の特徴 |  | | |

|  |  |
| --- | --- |
| 機関（施設）名： |  |
| 職位※： |  |
| 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。