

(様式 7)

受付番号：※記入不要

勤務証明書

(西暦) 年 月 日

氏名：_____

※どちらかを○で囲む。

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／していたことを証明します。

- 勤務期間から休職期間を引いた期間が通算勤務期間と一致していることを確認して下さい。
- 休職期間がない場合は、0と記載して下さい。

1. 在職期間 (20××年○月末日現在)

勤務形態	勤務期間		休職期間	通算勤務期間
常勤勤務	年 月～	年 月	年 ヶ月	年 ヶ月
非常勤勤務	年 月～	年 月	年 ヶ月	年 ヶ月
合計通算年数				年 ヶ月

※休職期間には、育休・産休を含む
※准看護師期間は勤務期間には含めません

- 看護師として合計 36 ヶ月以上勤務していることを証明するものです。准看護師期間は含まれません。
- 複数の施設の勤務を合計しないと 36 ヶ月にならない場合は、現在勤務の施設から遡って勤務証明書を提出して下さい。
- なお、複数の勤務証明書が必要な場合は、この様式をコピーして下さい。

機関(施設)名：_____

職位：_____

氏名：_____ 印

所在地：〒

(TEL) _____

※人事課(病院長)あるいは看護部長の職位の方がご記入下さい。