**勤　務　証　明　書**

(西暦)　　　　　年　　　月　　　日

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／していたことを証明します。

１．在職期間　(2019年8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

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。