

受験番号	※ (記入不要)
------	----------

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。

・勤務期間－休職期間＝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とご記入下さい。

1. 在職期間(2021年7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 60 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 60 ヶ月にならない場合は、現在勤務の施設から遡って全ての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。