

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・勤務していた)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 (2022年6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

・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。