

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 ・ 勤務していた)
ことを証明します。

- 勤務期間から休職期間(病欠・育休・産休)を引いた期間が通算勤務期間(様式2と様式6)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 (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、病欠・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。
- 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。