

※ 必ず全ての欄に記入してください。  
(下線部) はもれやすいので、特に注意してください。

記入例

## 在 職 証 明 書

|                              |                                                                                                                                                       |
|------------------------------|-------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------------|
| フリガナ氏名                       | ××× ×××<br>○ ○ ○ ○                                                                                                                                    |
| 生 年 月 日                      | <div>昭和</div> <div>○○年 ○月 ○日</div> <div>平成</div>                                                                                                      |
| 勤 務 形 態<br>(該当番号を○で囲む)       | 1 常勤職員（正規職員）<br>2 非常勤職員<br>3 臨時職員<br>4 その他（派遣職員）                                                                                                      |
| 在 職 期 間                      | 平成 ○年 ○月 ○日 ～ 平成 △年 △月 △日                                                                                                                             |
| 退職(予定)年月日                    | 平成 △年 △月 △日                                                                                                                                           |
| 勤 務 日 数                      | 月平均 ○ 日間勤務                                                                                                                                            |
| 勤 務 時 間                      | <div>午前</div> <div>9時 0分 ～</div> <div>午後</div> <div>午前</div> <div>5時 45分（平常時）</div> <div>午後</div> <div>※ 1日当たりの勤務時間（休憩時間を除く）</div> <div>7時間 45分</div> |
| 職 務 内 容<br>(※可能な限り具体的に記載)    | 准看護師（外来にて××科看護業務）<br>看護師（××病棟にて××科看護業務）                                                                                                               |
| 上記のとおり証明します。                 |                                                                                                                                                       |
| 事業所名                         | ○○○○病院                                                                                                                                                |
| 住 所                          | ○○県○○市○丁目○番地                                                                                                                                          |
| 連 絡 先                        | ○○○-○○○-○○○○                                                                                                                                          |
| 代表者職・氏名                      | △△ ○ ○ ○ ○                                                                                                                                            |
| 令和 ○○年 ○○月 ○○日               |                                                                                                                                                       |
| 代表者印を押印してください。<br>(私印は不可です。) |                                                                                                                                                       |
| 印                            |                                                                                                                                                       |