貸与番号							

在　職　証　明　書

1　氏名（ふりがな）

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

2　住所

〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

3　生年月日

＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

4　医療機関名及び所在地等

医療機関名＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

所在地　〒＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

電話番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

5　勤務形態（いずれかに○を付けてください）

①　常勤　　②　非常勤（ 毎月 128 時間以上 ・ 毎月 128 時間未満 ）従事

6　在職期間（いずれかに○を付けてください）

年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

上記在職期間のうち、休職期間　あり　・　なし

⇓

【休職期間】　　年　　月　　日 ～　　年　　月　　日

【休職理由】　産休 ・ 育休 ・ 傷病 ・ その他（　　）

7　職種（いずれかに○を付けてください）

保健師　・　助産師　・　看護師　・　准看護師

上記のとおり在職 している こと／していたこと を証明する。（いずれかに○を付けてください）

年　　月　　日

医療機関名

医療機関の長　　印