（様式5）

受験番号：

勤務証明書

西暦　　　　年　　月　　 日

申請者氏名：

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／したことを証明します。

１．在職期間

【勤務形態　非常勤（1日　　　時間、週　　　日）である】

（西暦）　　　年　　月より（西暦）　　　年　　月まで 通算　　年　　ヶ月

6か月以上研修・休職期間 通算　　年　　ヶ月

【勤務形態　常　勤（1日　　　時間、週　　　日）である】

（西暦）　　　年　　月より（西暦）　　　年　　月まで 通算　　年　　ヶ月

6か月以上研修・休職期間 通算　　年　　ヶ月

　 合計通算　　　　年　　　月間

1. 所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

機関（施設）名 ：

職位名※ ：

氏　名 ： 　　　　　　　　　印

機関（施設）所在地 ：

（TEL）

※病院長あるいは看護部長が発行してください