

様式4

## 在 職 証 明 書

1 氏名

\_\_\_\_\_

2 生年月日

\_\_\_\_\_年 月 日

3 在職期間

\_\_\_\_\_年 月 日から

\_\_\_\_\_年 月 日まで ( \_\_\_\_\_年 \_\_\_\_\_か月)

うち、非常勤又はパート職員の在職期間 有・無

4 職種

保健師・助産師・看護師 (いずれかに○を付けてください)

\* 非常勤又はパート職員の在職期間「有」の場合は、以下を記載してください。

非常勤職員としての在職期間 \_\_\_\_\_年 月 日から \_\_\_\_\_年 月 日まで

パート職員としての在職期間 \_\_\_\_\_年 月 日から \_\_\_\_\_年 月 日まで

1日 \_\_\_\_\_時間勤務 1週間\_\_\_\_\_日勤務

\* 1か月を超える休暇取得がある場合は、以下を記載してください。

産前産後休暇 期間 \_\_\_\_\_年 月 日から \_\_\_\_\_年 月 日まで

育児休業 期間 \_\_\_\_\_年 月 日から \_\_\_\_\_年 月 日まで

療養休暇 期間 \_\_\_\_\_年 月 日から \_\_\_\_\_年 月 日まで

( )休暇 期間 \_\_\_\_\_年 月 日から \_\_\_\_\_年 月 日まで

( )休暇 期間 \_\_\_\_\_年 月 日から \_\_\_\_\_年 月 日まで

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

年 月 日 医療機関名

医療機関の長 印

所在地

電話番号

\*年の表記はすべて西暦で記入すること

\*在職期間、勤務(従業)形態を証明できるものであれば、別の用紙を用いてもよい。