

就業証明書

受験番号

※

(西暦) 年 月 日

受験者氏名： _____

上記の者は、当機関（施設）において、以下のとおり就業していることを証明します。

1. 在籍期間（現職の場合は、2024年4月1日時点で記入）

(西暦) 年 月 ~ 年 月

通算 年 月

2. 所属した部署の名称と部署の具体的な看護・診療特徴および経験年数

機関（施設）：

職 位：

氏 名：

印

機関（施設）所在地：〒 -

T E L：

F A X：

- (注) 1. この証明書は、人事課（病院長名）あるいは看護部長の職位の方がご記入ください。
2. ※印欄には記入しないでください。