＊受講生番号

※事務使用欄

**勤務証明書**

氏　 　名

生 年 月 日　　　西暦　　　　　　　年　　　　　月　　　　　日生

住所

１．　在職期間

看護師

保健師　　として　　西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日　入職

助産師

西暦　　　　　　　年　　　　月　　　　日　（　在職中　・　退職　）

休職期間　 　　　　　年　　　ヵ月

**在籍年数　　　　　年　　　ヵ月**

勤務形態(　常勤　・　非常勤　)

　　　【勤務形態が非常勤の場合】　1日　　　　　時間で週　　　　　　日勤務

２．　勤務した部署の具体的な特徴・経験年数

上記、相違ないことを証明します。

　　　年　　　月　　　日

施設名

所在地

施設長名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印