

受験番号	*
------	---

※印欄は記入しないでください

## 勤 務 証 明 書

西暦      年      月      日 現在

氏名 \_\_\_\_\_

常勤勤務期間	勤務期間		休職期間	通算常勤勤務期間
	(西暦) 年 月～	(西暦) 年 月	年 か月	年 か月
非常勤勤務期間	勤務期間		休職期間	通算非常勤勤務期間
	(西暦) 年 月～	(西暦) 年 月	年 か月	年 か月
合計通算年数	/			年 か月

(※休職期間には、産休・育休を含む。)

当機関（施設）における職歴、実務経験に相違ありません。

機関（施設）名： \_\_\_\_\_

※職位： \_\_\_\_\_ 氏 名： \_\_\_\_\_ 印 \_\_\_\_\_

施設所在地： \_\_\_\_\_

電 話： ( \_\_\_\_\_ ) \_\_\_\_\_

※ 施設長または看護部門の長が発行してください。

※ 勤務していた施設が複数になる場合は、必要枚数をコピーしてください。