|  |  |
| --- | --- |
| 受験番号 | ※ |

（様式６）

勤　　務　　証　　明　　書

　　　年　　月　　日

申請者氏名：

* 上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

|  |  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- | --- |
| 区　　分 | 勤 務 期 間 | | 休職期間 | 通算勤務期間 |
| 常　　　勤 | 年　　月～ 年　　月 | | 年　　ヶ月 | 年　　ヶ月 |
| 非　常　勤 | 年　　月～ 年　　月 | | 年　　ヶ月 | 年　　ヶ月 |
| 勤務形態 | １日　　時間、週　　日勤務 | | |
| **合計通算年数** | | | | 年　　ヶ月 |

* 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 　 ：　　　　　　　　　　　　　　　　㊞

機関（施設）所在地：

TEL：

（注）１　病院長あるいは看護部長の職位にある方がご記入ください。

　　　２　西暦で記入してください。

　　　３　※印欄には記入しないでください。