

# 在 職 証 明 書

フリガナ		生年月日	昭和/平成	年	月	日生	
氏 名							
在 職 期 間 ※和暦で記載	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
	年	月	日	～	年	月	日
職 名 及 び 職 務 内 容							
職 務 形 態	1週間平均		時間	1日平均時間		時間	
勤務機関に おける医療 法許可(承認)病床数	床						
上記のとおり相違ないことを証明します。							
令和      年      月      日							
住 所							
病院名							
代表者							
						印	

\* 在職箇所毎に作成