

別記様式

在 職 期 間 証 明 書

氏 名
生年月日 年 月 日生

上記の者は、看護職員として、 年 月 日から 年 月 日まで

当 〇に正規職員 非正規職員（週30時間労働以上）として
※1 ※2

在職している（いた）ことを証明します。

なお、上記在職期間中には次のとおり育児等による休業期間があります。※3

(年 月 日)から(年 月 日)まで (出産日 年 月 日)
(年 月 日)から(年 月 日)まで (出産日 年 月 日)

年 月 日

就業施設 名 称
所 在 地
施 設 長

印

※1 在職施設名を記入してください。（例）〇〇病院 〇〇クリニック

※2 就業形態については、いずれかに〇をつけてください。

※3 在職期間中に該当がある場合は、記入してください。

※4 以下は申請者本人が記入してください。

決 定 番 号	第 号	第 号
	第 号	第 号
氏 名		
住 所	〒	
電 話 番 号		