様式４

※受験番号＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

勤　務　証　明　書

申請者氏名：＿＿＿＿＿＿＿＿＿＿

上記の者は当機関（施設）において、以下のとおり勤務 （している／していた）ことを証明します。

１．在職期間

（西暦）　　年　　月より

　　年　　月まで　通算　　年　　月間

ただし、勤務（従業）形態は、　常勤　・　非常勤　（1 日　　時間で週　　日）である。

2. 所属した部署の具体的な特徴・経験年数

（西暦）　　年　　月　　日

機関（施設）名：

所　在　地：

（TEL）

所属長職名(看護)：

同　氏　名：　　㊞

（注）○人事課(病院長名)あるいは看護部長の職位の方がご記入下さい。