参考様式

在職証明書

|  |  |  |
| --- | --- | --- |
| 氏名 | | ふりがな |
|  |
| 生年月日 | | 年　　　月　　　日 |
| 現住所 | | 〒　　　－ |
| 在職期間 | | 年　　 月　　 日　～　　　　年　　 月　　 日 |
| 職種 | | 保健師　・　助産師　・　看護師　・　准看護師 |
| 勤務場所 | 所在地 |  |
| 名　称 |  |

　上記の者は当施設の正規雇用職員であり、上記のとおり相違ないことを証明します。

　　　　　　年　　月　　日

所 在 地　　〒　　　－

名　　称

　　　　　　　　　　　　　　　　　代表者名　　　　　　　　　　　　　　　　印

　　　　　　　　　　　　　　　　　電話番号　　（　　　　）　　　　－

記入担当者

役職・氏名

連　絡　先

　注　正規雇用者とは、雇用期間の定めのない契約に基づく雇用とし、賞与、退職金、諸手当等において、就業規則等で定める職員と同様の扱いとなる雇用形態の者