

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	〒 ー	
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 〒 ー

名 称

代表者名



電話番号 () ー

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