（2024：様式4） 　　　　　　　受講試験番号：

勤　務　証　明　書

記入日：西暦　　　　年 　　月 　　日

受講試験出願者氏名：

○上記の者は当機関（施設）において、下記のとおり勤務している／したことを証明します。

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 常勤勤務期間 | 勤務期間 | 休職期間 | 通算常勤勤務期間 |
| （西暦）　　　　年　　月から | （西暦）　　　　年　　月迄 | 　　年　　　か月 | 　　　　年　　　か月 |
| 非常勤勤務期間 | 勤務期間 | 休職期間 | 通算非常勤勤務期間 |
| （西暦）　　年　　月から | （西暦）　　　　年　　月迄 | 　　年　　　か月 | 　　　　年　　　か月 |
| **合計通算年数**　 | **年　　　か月** |

○所属した部署の名称と具体的な特徴・実績年数

機関（施設）名：

職位名**＊**：

氏名：　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　印

機関（施設）所在地：

TEL：

**＊**病院長あるいは看護部長