証　明　書

住所

氏名

上記の者は、下記のとおり本院（施設）に勤務したことを証明する。

　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　所在地

　　　　　　　　　病院名（施設名）

　　　　　　　　　病院長（施設長）　　　　　　　　　　　　　　　　印

記

１　在職期間　　　　自　　平成　　年　　月　　日

　　　　　　　　　　至　　平成　　年　　月　　日

２　職　　名

３　勤務形態　　　　常　勤　　　・　　非常勤