

## 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。

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 年 月 日  
至 年 月 日

2 職 名

3 勤務形態 常 勤 ・ 非常勤