証　明　書

住所

氏名

上記の者は、下記のとおり本院（施設）に勤続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