

# 勤務証明書

住 所

氏 名

生年月日 年 月 日生

勤務期間 自： 年 月 日

至： 年 月 日

※期間中の出産、病気等による休職期間

無 ・ 有(理由： )

(期間： )

上記の者は看護職員として当施設に勤務 していた ことを証明します。  
している

年 月 日

所在地

施設名

施設長

印

# 勤務証明書 (※記入例)

住 所 長崎市尾上町3-1

氏 名 長崎 花子

生年月日 平成 4年 3月 3日生

勤務期間 自：平成30年 4月 1日

至：令和 年 月 日

※期間中の出産、病気等による休職期間

無 ・ (有) (理由：産前産後休暇、育児休暇 )  
(期間：H28.4.20 ~ H29.1.20 )

勤務証明日時時点で勤務しており、証明日以降も勤務する場合は、空欄で可

上記の者は看護職員として当施設に勤務 している ことを証明します。

令和 5年 4月 1日

各医療機関の代表者印を  
押印すること

所在地 長崎市〇〇町〇-〇

施設名 長崎〇〇病院

施設長 理事長 〇〇 〇〇

印

## ※ 留意点

①勤務期間、休職の有無等の様式を具備していれば、各医療機関の様式を使用いただいて構いません。

②勤務証明書は、各医療機関の施設長（又は担当者等）に作成いただき、記載内容を訂正する場合は、医療機関の代表者印にて訂正印を押印ください。