

在籍期間証明書

西暦 2024 年 8 月 5 日

氏名: 出雲 円

休職期間がない場合「0」と記載されているか
確認してください。

勤務形態	在籍期間 ※	休職期間	通算勤務期間
常勤	(西暦) 2015 年 4 月～2025 年 3 月	年 8 か月	9 年 4 か月

※ 2025 年 3 月末までの見込みで勤務期間を記載してください。

常勤の看護職（准看護師は除く）として実務
経験が通算 5 年以上満たす場合は、その職場
だけの証明で構いません。
満たさない場合は前職場の証明も必要となり
ます。

上記の者について、記載内容に相違ないことを証明します。

職 位 :

氏 名 : ○○法人□□大学◇◇学部附属病院
病院長 県立 大

施設名 : ○○法人□□大学◇◇学部附属病院

所在地 : 〒693-*073
島根県出雲市南林木町 587 番地

(TEL) TEL 0853-20-11**

印

○○法□
□大学◇
◇学部附
属病院長

※理事長もしくは施設長に相当する職位の方が発行してください