

勤 務 先 証 明 書

氏 名		住 所	
勤 務 先		勤務先住所	
勤務時間	時 分～	勤務日数	一ヶ月 日
	時 分まで	雇用関係	正社員
職 種	※医療職又は介護職に該当する場合のみ、以下のいずれか該当するものに✓してください。 (医療職) <input type="checkbox"/> 医師 <input type="checkbox"/> 歯科医師 <input type="checkbox"/> 助産師 <input type="checkbox"/> 看護師 <input type="checkbox"/> 保健師 <input type="checkbox"/> 診療放射線技師 <input type="checkbox"/> 理学療法士 <input type="checkbox"/> その他() (介護職) <input type="checkbox"/> 介護福祉士 <input type="checkbox"/> ケアマネージャー <input type="checkbox"/> その他()		

上記のとおり相違ないことを証明します。

年 月 日

住 所

事業所名

代表者名