在　職　証　明　書

|  |  |  |  |
| --- | --- | --- | --- |
| 氏名 |  | 生年月日 | 昭和・平成　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 勤務施設名 |  |
| 現在の職種 | 看護師　　・　　准看護師　　・　　保健師　　・　　助産師 |
| 在職期間 | ※職種の異なる期間がある場合は、期間を区分して記入してください。※職種は保健師・助産師・看護師・准看護師の別を記載ください。 |
| 職　種 | 在職期間 |
|  | 　　　年　　月　　日　　～　　　　　　　年　　月　　日 |
|  | 　　　年　　月　　日　　～　　　　　　　年　　月　　日 |
|  | 　　　年　　月　　日　　～　　　　　　　年　　月　　日 |
|  | 年　　月　　日　　～　　在職中 |
| 休暇・休職等※１ヶ月以上の場合のみ記載※該当欄に○を記入 | 産休 | 育休 | その他 | 休暇・休職等の期間 | その他理由内容 |
|  |  |  | 　　　年　　　月　　　日 ～　　　　　　　年　　　月　　　日 |  |
|  |  |  | 　　　年　　　月　　　日 ～　　　　　　　年　　　月　　　日 |  |
|  |  |  | 　　年　　　月　　　日 ～　　　　　　　年　　　月　　　日 |  |
|  |  |  | 　　　年　　　月　　　日 ～　　　　　　　年　　　月　　　日 |  |
|  |  |  | 　　　年　　　月　　　日 ～　　　　　　　年　　　月　　　日 |  |
| 島根県知事　様上記のとおり相違ないことを証明します。　　　　 令和　　　年　　　月　　　日※退職日以降の日付住所施設名証明者職名氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ |