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  住所  施設名  証明者職名  氏名　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　　㊞ | | | | | | | |