様式第２号（第５条関係）

　　　　年　　月　　日

在　職　証　明　書

下呂市長　様

住　　　　所

病院等の名称

代　 表 　者　　　 　 ㊞

代表

下記の看護師（准看護師）について次のとおり在職していることを証明します。

記

|  |  |
| --- | --- |
| 氏名 |  |
| 住所 |  |
| 勤務先 |  |
| 就職年月日 | 　　　　　　　　年　　　　月　　　　日 |
| 職　　　　種 | 看護師　　　　　　　　　　　准看護師 |
| 勤務形態 | １週間の勤務時間が１年を平均して35時間以上又は１月の勤務時間が140時間を超えて勤務 |