

在 職 証 明 書

下呂市長 様

住 所

病院等の名称

代 表 者

㊞

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